

«Det er alltid et tilbud å få»

*Eldres opplevelse av oppfølging ved
hørselstap*

Yngvild Rye



Masteroppgave i spesialpedagogikk
Institutt for spesialpedagogikk
Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2015

«Det er alltid et tilbud å få»

*Eldres opplevelse av oppfølging ved
hørselstap*

© Yngvild Rye

2015

Veien til vellykket høreapparatbruk.

– Eldre menneskers opplevelse av hørselsrehabilitering.

Yngvild Rye

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Temaet for oppgaven er hvordan eldre høreapparatbrukere opplever hørselsrehabilitering. Å ha en hørselshemming er et hinder for kommunikasjon, og det kan i verste fall føre til negative konsekvenser som sosial isolasjon. For å unngå dette kan det gjøres tiltak som å bruke høreapparat, ha bevissthet og kunnskap om eget tap og trene på kommunikasjon. Litteraturen sier at dagens tilbud til eldre hørselshemmede ofte begrenser seg til kun teknisk og medisinsk oppfølging, mens pedagogiske og psykososiale tiltak i mindre grad er utbredt. Denne oppgavens formål er å undersøke hvilke erfaringer – og hvordan eldre hørselshemmede opplever det rehabiliteringstilbudet de har fått etter å ha fått nedsatt hørsel. Videre er det ønskelig å avdekke hvilke behov eldre hørselshemmede har for oppfølging. Med dette som utgangspunkt er studiens problemstilling:

Hvordan opplever eldre med hørselstap rehabiliteringstilbudet og oppfølgingen fra tjenesteapparatet?

For å konkretisere problemstillingen benytter jeg følgende to forskningsspørsmål:

- *Hvem kan bidra og hvilke aspekter er viktig i en slik oppfølging?*
- *Hvilke oppfølgingsbehov har de eldre?*

For å kunne forske på eldres opplevelser, fant jeg at det best kunne gjøres med kvalitativ metode og med semistrukturert intervju som forskningsdesign. Studien hadde fire informanter, alle alderspensjonister med tilpassede høreapparater i alderen 70-92 år. Studien har en fenomenologisk tilnærming som innebærer å ta utgangspunkt i informantenes opplevelser og fenomenet rehabiliteringstilbud til eldre hørselshemmede, fremfor en mer teoretisk vinkling.

Hovedfunnene i oppgaven er at de eldre opplever rehabiliteringstilbudet innenfor hørselsfeltet som veldig godt, og de er svært fornøyd med den oppfølgingen de har fått. De viser imidlertid lave forventninger til tilbudet. Informantene viser tegn på å ha problemer med blant annet kommunikasjon og støy, og noen har vanskeligheter med bruk og stell av høreapparater. De oppgir at de har fått et godt tilbud ut fra sine forutsetninger. Det kan se ut som informantene har behov som ikke er identifisert verken av dem eller av tjenesteapparatet. Studiens konklusjon er at det ikke foreligger en helhetlig hørselsrehabilitering for eldre hørselshemmede, til tross for at de selv er tilfreds med tilbudet.

Forord

Da jeg starter på bachelor i spesialpedagogikk for fem år siden var utgangspunktet at jeg ville jobbe med barn med spesielle behov i skolen. Nå har jeg levert en masteroppgave om eldre menneskers opplevelser av hørselsrehabilitering. Studiet har åpnet for å gå nye veier og har rustet meg for arbeidslivet. Gjennom masteroppgaven har jeg møtt en del av brukergruppen jeg forhåpentligvis vil få gleden av å jobbe videre med senere i livet. Jeg har lært mye nytt om faget, meg selv og hvordan man jobber med et omfattende prosjekt, både faglig og tidsmessig. Mange personer har bidratt til det dette har vært mulig, med støtte, faglige innspill og hjelp. Først og fremst ønsker jeg å takke Elisabeth Svinndal. Takk for konstruktive samtaler, kyndig veiledning, og for at du har pusha meg når ting har gått litt trådt. ISP mister en stor ressurs med deg! Dernest vil jeg rette en takk til Jorunn Solheim, som holdt en levende forelesning om eldre og hvor viktig denne gruppen er. Det var viktig for at mitt valg av tema falt på eldre med hørselstap.

Takk til informantene og pilotinformant, som tok seg tid, var hjelpsomme og for å slippe meg inn i sine hjem. Og en takk til audiografene som var behjelpelig med å finne informanter til oppgaven min.

Takk til alle flotte UV-folk, spesielt alle hjelpsomme medstudenter på spesialpedagogikk og videre på audiopedagogikk. Ikke minst, takk til folka mine på lesesalen som alltid støtter og oppmuntrer meg. Og takk for hyppige og hyggelige kaffepauser de siste åra. Dere og kaffepausene har vært viktige og nødvendige. Hjertelig takk til Kristin som orket å korrekturlese oppgaven min, etter å ha levert sin egen! En ekstra takk rettes til foreningslivet på Helga, som har gitt meg gode faglige diskusjoner, mange hyggelige mennesker i livet og enda mer organisasjonserfaring.

Takk til familien, og en spesiell takk til mor for korrekturlesning og gode innspill fra en annen side av fagfeltet gjennom hele studietiden.

Tilslutt en takk til Jon Erik. Takk for hjelpa med alle tekniske duppeditter og takk for at du har vært der når jeg har trengt det!

Blindern, 25.05.2015.

Yngvild Rye

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn, formål og problemstilling	2
1.2	Begrepsavklaring	4
1.3	Oppgavens oppbygning	5
2	Teori og tidligere forskning.....	6
2.1	Hvem er «de eldre»?.....	6
2.2	Hørselstap hos eldre.....	7
2.2.1	Konsekvenser av aldersrelatert hørselstap	12
2.3	Hørselsrehabilitering	14
2.3.1	Hørselssentraler, avtalespesialister og det norske tjenestesystemet.....	16
2.3.2	Kommunikasjonstrening og mestringsstrategier	19
2.3.3	Arbeid med psykososiale utfordringer	21
2.3.4	Familie og signifikante andre i en hørselsrehabiliteringsprosess	23
3	Metode.....	25
3.1	Kvalitativ og kvantitativ metode	25
3.2	Valg av metode og design	26
3.2.1	Forskerrollen	27
3.2.2	Utvalg	28
3.2.3	Intervjuguide	29
3.2.4	Gjennomføring av intervjuer	31
3.3	Bearbeiding av datamaterialet	33
3.3.1	Fenomenologi.....	33
3.3.2	Transkribering	33
3.3.3	Analyseprosessen	34
3.4	Studiens kvalitet	35
3.4.1	Validitet.....	35
3.4.2	Reliabilitet	37
3.5	Etiske hensyn i studien	38
4	Resultater og diskusjon	40
4.1	Presentasjon av informantene	41
4.2	Hørselstap og høreapparat	41

4.2.1	Innsikt i egen hørsel	41
4.2.2	Initiativ	43
4.2.3	Aksept, motivasjon og tilvenning.....	45
4.3	Familiens- og omgangskretsens betydning.....	50
4.3.1	Motivasjon.....	50
4.3.2	Hjelp.....	52
4.3.3	Kommunikasjon	54
4.4	Informasjon og tjenestenes tilgjengelighet	56
4.4.1	Tjenester	56
4.4.2	Tekniske hjelpemidler	59
4.5	Læring og oppfølging	61
4.6	Kommunikasjon.....	65
4.7	Strategier.....	66
5	Hovedfunn og avsluttende refleksjoner.....	69
	Litteraturliste	76
	Vedlegg	84
	 Figur 1: Hvordan hørselen svekkes med alder.....	 7
	Figur 2: Utviklingen av presbycusis hos kvinner og menn.. ..	8
	Figur 2: Talebananen.....	9

1 Innledning

Å bli eldre er en naturlig del av livet, men det er mye som kan være grunn til at man bekymrer seg over å nå dette punktet. Det kan være bekymringer for helseplager som oftere oppstår når man blir gammel, å gå inn i en ny rolle hvor man ikke er en del av et kollegium, å få en ny rolle i familien hvor man ikke nødvendigvis er den viktigste i manges liv lengre og at venner og familie begynner å falle fra (Lunde, 2012). Lunde (2012) beskriver aldring som «vanlige forandringer som skjer i individet og individets forhold til omgivelsene, etter hvert som tiden går» (s. 27).

Det er ikke alltid lett å bli fortrolig med å miste funksjoner og bli svakere, men svært mange eldre vil oppleve dette i alderdommen. Å få dårligere hørsel er for mange et tegn på alderdom og svekkelse, og mange vil ikke være ved at de har begynnende dårlig hørsel. Hørselen er for mange den viktigste sansen man har når det kommer til kommunikasjon. Dersom man skulle miste hørselen og dermed muligheten for kommunikasjon, kan det skje at man blir stående utenfor det sosiale fellesskapet. Dette, i tillegg til andre utfordringer alderen fører med seg, kan for mange føles tungt. Selv om man kan oppleve en sorgfølelse ved tap av en funksjon, finnes kompenserende tiltak for å bedre den tapte funksjonen og hjelp for å kunne leve i en ny tilværelse som hørselshemmet.

I dag har ca. 14 % av alle nordmenn en hørselsnedsettelse som hemmer dem i dagliglivet (Helsedepartementet & Sosialdepartementet, 2002). Dette tilsvarer omlag 720 000 mennesker.¹ 1/3 av disse er eldre mennesker (Helsedepartementet & Sosialdepartementet, 2002), som ut fra disse tallene tilsvarer 240 000. Det er grunn til å tro at dette tallet vil stige kraftig de neste årene med den kommende «eldrebølgen» i tillegg til en forventning om en økt levealder hos befolkningen.

Det er en stor gruppe mennesker som i løpet av livet vil få redusert hørsel, og det vil for mange av dem oppleves som vanskelig. For å kompensere for hørselstapet får mange høreapparater og annen bistand i forbindelse med det. For de som opplever negative konsekvenser som virker inn på livet, kan hjelp og bistand være nødvendig. Hjelp og bistand gjennom en rehabiliteringsprosess kan blant annet bidra til at den eldre får høyere grad av deltakelse (Solheim, Kværner & Falkenberg, 2011), økt trivsel og mestring i hverdagen

¹ Regnet ut fra Statistisk sentralbyrås tall om Norges befolkning, som pr. 01.01.2015 var 5 165 802. (ssb.no, 2015)

(Hallberg, Hallberg, & Kramer, 2008), at man får utnyttet sitt eget potensiale i større grad ved å finne sine iboende ressurser for mestring (Peterson, 2009) og alt dette kan føre til en bedre livskvalitet for den hørselshemmede (Dalton et al., 2003).

1.1 Bakgrunn, formål og problemstilling

Bakgrunn

En påstand som ofte blir trukket frem i sammenhenger hvor det snakkes om bruk av høreapparat, er at høreapparater ofte ender i skuffen fremfor i øret, altså høreapparater som blir tilpasset, men sjelden brukt. Solheim, Kværner, Sandvik og Falkenberg (2012) henviser til en rekke studier som har funnet at høreapparater i for liten grad blir brukt etter tilpasning, men de sier at det er usikkert hvor stor andel høreapparater det gjelder. Det er også gjort studier som sier noe om hvorfor noen velger å la høreapparatene ligge etter tilpasningen, og faktorer som for eksempel manglende motivasjon, aksept, brukervennlighet og forventninger kan bidra til at bruken blir liten (Solheim, 2011a; Peterson, 2009; Hull, 2001c; Solheim, 2011b). Falkenberg (2007) skriver at det er mangel på tilbud for pedagogisk og psykososial oppfølging i dagens hørselsrehabilitering. En studie fant at oppfølging er en avgjørende faktor for at høreapparater blir brukt (Solheim et al., 2012). I lovverket er det nedfelt at hørselshemmede har rett på bistand etter blant annet Folketrygdloven (1997) §§ 5-10, 10-6 og 10-7, samt i Forskrift om habilitering og rehabilitering (2012) § 3.

Helsedepartementet og Sosialdepartementets (2002) plan om hørselshemmedes rehabiliteringstilbud slår fast at rehabiliteringstilbudet ikke er godt nok, til tross for at det med alt lovverk slår fast at hørselshemmede har rett på en god hørselsrehabilitering. Av dokumenter av nyere dato kan vi se at Sosial- og helsedirektoratets rapport «Å høre og bli hørt» sier at det samme som var gjeldende i 2002 også var gjeldende i 2007: tilbudet hevdes å være ufullstendig og fragmentert, og det er ikke forespeilet at det skal bli bedre. Det kom imidlertid en generell forskrift om habilitering og rehabilitering i 2012, som blant annet gir kommunene et større ansvar i rehabiliteringsprosessen. Hvordan konsekvensene av denne forskriften slår ut for eldre høreapparatbrukere vet vi lite om.

En studie med utgangspunkt i eldres opplevelser og erfaringer med hørselsfeltet kan følgelig belyse gruppas behov for rehabilitering, og være bidra med viktig kunnskap for fagfeltet.

Formål

Studien setter søkelys på eldres opplevelse av det tilbudet de har fått innenfor hørselsrehabilitering, og det er brukernes opplevelser og erfaringer som skal være i fokus. Et tilbud blir gitt ut fra etterspørsel og behov, og i den forbindelse er det helt nødvendig at de eldre selv får mulighet til å uttrykke hva som er viktig for dem, og hvordan deres opplevelser av tilbud og oppfølging er. Vi vet generelt lite om hva eldre mener om dette, og det er derfor viktig å høre om deres erfaringer og opplevelser for å sette fokus på brukerperspektivet i hørselsrehabiliteringen.

Studien vil ha en nytteverdi for å avdekke brukernes behov for hørselsrehabilitering. Det er ønskelig at studien kan vise hvilke behov en har når et hørselstap er påvist. Dette er informasjon som kan være aktuell for fagfeltet, uansett om resultatene viser at rehabiliteringstilbudet er godt og bør videreføres slik det er i dag, eller at det er et rehabiliteringstilbud som kunne profittert på forandring. Denne studien skal ha en nytteverdi for alle som har en yrkesmessig tilknytning til eldre hørselshemmede. For eksempel mener jeg at både audiografer, audiopedagoger, leger, kommunehelsetjeneste, hjelpemiddelapparatet og brukerorganisasjoner kunne profittere på å kjenne tematikken i oppgaven og informantenes fortellinger.

Med utgangspunkt i resultatene fra studien, er det videre et mål å kunne se på hva det er naturlig å tilby med utgangspunkt i brukernes utsagn - og hva brukerne selv ønsker at skal tilbys av oppfølging ved et påvist hørselstap.

Jeg ønsker at denne oppgaven skal kunne bidra til bevisstgjøring av hørselsrehabilitering, gjennom eldres opplevelser og erfaringer i møte med hørselsfeltet, for å sette søkelys på eldres behov, og kanskje kunne bidra til at tilbudet deres kan bli bedre enn mange hevder det er i dag.

Problemstilling

Med dette som bakgrunn valgte jeg en problemstilling som fokuserer på eldre menneskers opplevelse av fenomenet jeg ønsker å forske på.

Hvordan opplever eldre med hørselstap rehabiliteringstilbudet og oppfølgingen fra tjenesteapparatet?

For å konkretisere problemstillingen benytter jeg følgende to forskningsspørsmål:

- *Hvem kan bidra og hvilke aspekter er viktig i en slik oppfølging?*

- *Hvilke oppfølgingsbehov har de eldre?*

1.2 Begrepsavklaring

I denne oppgaven bruker jeg ulike begreper om eldre med hørselstap, og det er disse menneskene jeg refererer til hvis jeg bruker uttrykk som «eldre med hørseltap», «eldre med nedsatt hørsel» og «eldre hørselshemmede». Når jeg snakker om eldre, avgrenser jeg det til å være mennesker som har gått av med alderspensjon. Jeg benytter meg også av grupperinger av eldre; «den tredje»- og «den fjerde alder». Disse begrepene vil jeg redegjøre for i teoridelen av oppgaven.

Med begrepet *tjenesteapparatet* mener jeg alle instanser i Norge som skal ha en funksjon og et ansvar for å bedre hørselshemmedes livskvalitet. Dette innebærer både instanser med hørselsfaglig kompetanse og instanser som tilbyr tjenester med bakgrunn i erfaring eller kunnskap om hørsel ervervet gjennom kurs eller lignende. *Oppfølging* skjer i samarbeid med mennesker i tjenesteapparatet, og innebærer blant annet høreapparattilpasning, informasjon, trening på lytting og kommunikasjonsstrategier. Det vil i stor grad innebære mye av det samme som *hørselsrehabilitering*, som det vil bli redegjort ytterligere for i kapittel 2.3. Der vil det også bli redegjort for generell *rehabilitering*.

En persons *hørselsprofil* er en utredning av personens hørselsproblematikk, sosial situasjon, aktivitetsbegrensninger, behov og forventninger. (Standard Norge, 2010, s.5).

En *avtalespesialist* er en øre-nese-hals-lege som har «avtale med spesialisthelsetjenesten om rekvisisjon og utlevering av høreapparater» (Helsedepartementet & sosialdepartementet, 2002, s. 13). Høreapparater skaffes gjennom avtalespesialist eller hørselssentral.

En *hørselssentral* er et offentlig tilbud hvor man kan få testet hørselen og tilpasset høreapparater. Hørselssentralene er tilknyttet helseforetakene og inngår i en øre-nese-hals-poliklinikk (Hørselssentraler, 2015).

Jeg benytter Standard Norges «Norsk Standard NS-EN 15927:2010. Tjenester tilknyttet formidling av høreapparater» som kilde i denne oppgaven. Når jeg bruker referansen Norsk Standard, er det denne jeg referer til.

1.3 Oppgavens oppbygning

I teoridelen av oppgaven har jeg valgt å sette fokus på eldre med hørselstap, konsekvenser og rehabiliteringstilbud med utgangspunkt i relevant faglitteratur og forskning som belyser tematikken. Kapitlet om teori vil etterfølges av oppgavens metodekapittel, som tar for seg de metodiske perspektivene og hvordan jeg som forsker har gått frem for å samle empiri og hvordan dataene er brukt i analyseprosessen. Dette kapitlet vil også innebære en generell beskrivelse av hvordan jeg gikk frem for å finne studiens analysekategorier. I dette kapitlet vil jeg også redegjøre for hvordan min studie sikrer de etiske perspektivene ved oppgaven, og i hvilken grad resultatene er valide.

I kapitlet som omhandler resultatene fra studien har jeg presentert de seks analysekategoriene. Dataene blir presentert ut fra hver enkelt analysekategori og jeg har valgt å diskutere den gjeldende kategori direkte etter presentasjonen av dataene. Dette har jeg gjort for å strukturere kapitlet, slik at det gir et oversiktlig bilde av funnene og ser diskusjonen i lys av den enkelte kategori. Kapitlet vil altså ta for seg både resultater og diskusjon av resultatene.

Kapittel 5 er et avsluttende kapittel hvor jeg gjør rede for mine hovedfunn og tar en avsluttende diskusjon om funnene i studien sett i lys av tidligere diskutert teori samt hvordan det videre kan arbeides med temaet.

2 Teori og tidligere forskning

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for kjennetegnene ved hørselstap hos eldre og hvilke konsekvenser disse hørselstapene kan gi. Jeg vil også redegjøre for eldre som gruppe. Videre vil jeg redegjøre for hørselsrehabilitering som fenomen gjennom faglitteratur og forskning gjort på området.

2.1 Hvem er «de eldre»?

Når vi snakker om eldre som gruppe, er dette slett ikke en homogen gruppe mennesker (Den norske legeforening, 2001). Eldregruppen i dag har et aldersspenn på over 40 år, og de kan ha like stor variasjon i sine behov som en ettåring og en førtiåring.

Lunde (2012) opererer med to grupperinger innenfor eldregruppen, som hun kaller «den tredje alder» og «den fjerde alder». Gruppen hun plasserer innenfor «den tredje alder», er mennesker i alderen fra 60-65 år til 79 år. Denne eldregruppen er innenfor en fortsatt aktiv alder, hvor de gjør ting de har ønsket, kanskje fortsatt er i jobb, og er i god fysisk form (Lunde, 2012). Ifølge Den norske legeforening (2001) er det helsefremmende for eldre å være aktive og deltakende. Dette er i større grad typisk for mennesker i «den tredje alder» enn for mennesker i «den fjerde alder» (Lunde, 2012).

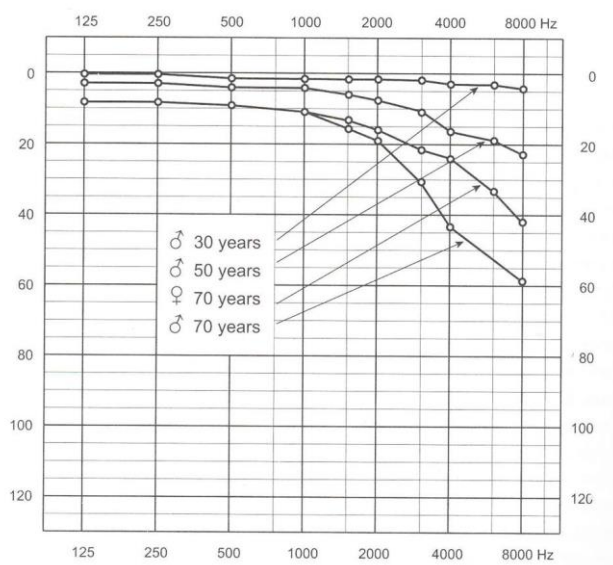
I den «fjerde alder», hvor man er 80 år og eldre, er ofte helsen blitt dårligere og flere vil være avhengig av hjelp. Ifølge Den norske legeforening (2001) vil andelen eldre over 80 og 90 år øke de kommende årene, og det er eldre i disse aldersgruppene som erfaringsmessig har størst behov for hjelp. Jo eldre pasienten er, desto mer komplisert kan sykdomsbildet være siden ulike alderssykdommer vil ramme mange eldre over 75 år. Ved 80 års alder er det større sannsynlighet for alderssykdom da kroppens reserver er halvert, og det er ved denne alderen Verdens helseorganisasjon mener at man kan gå fra gruppen «eldre» til gruppen «gammel» (referert i Den norske legeforening, 2001). Imidlertid er dette på ingen måte faste grenser, og man kan være like sprek som en 60-åring når man er 90 (Lunde, 2012).

2.2 Hørselstap hos eldre

Det antas at over 1/3 av de ca. 700 000 nordmenn med hørselstap, har aldersbetingede hørselstap, også kalt presbycusis. Dette er altså tap som skyldes aldring (Helsedepartementet & Sosialdepartementet, 2002). Det blir oppgitt at presbycusis er årsaken til hørselstap hos omtrent 25-40 % av eldre over 65 år, og hele 90 % hos dem over 90 år (Stach, 2010).

Aldersrelatert hørselstap er et sensorinevralt hørselstap og skyldes sykdom eller skade i det indre øret (Arlinger, Jauhiainen og Jensen, 2007). Årsaken til aldersrelaterte hørselstap er gjentagende slitasje på øret, som fører til degenerering av hårceller i sneglehuset i det indre øret (cochlea). Men det kan også være endringer som skjer i andre deler av hørselsorganet, som i nervecellene i hørselsnerven og de sentrale hørselsbanene (Arlinger et al., 2007).

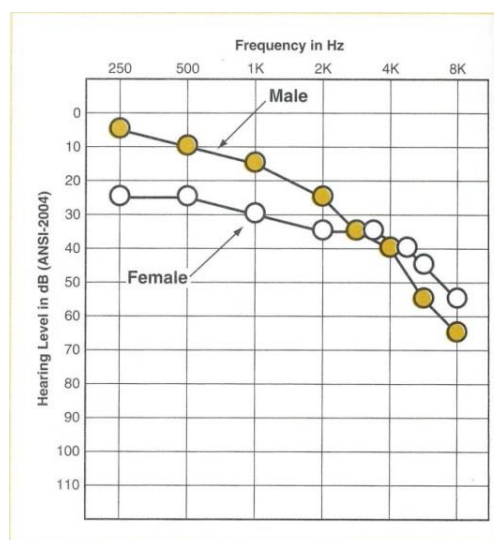
Et aldersrelatert hørselstap opptrer som regel bilateralt, men det er individuelt hvordan tapets form og grad vil være (Stach, 2010). I tillegg til at tapet er bilateralt, vil det ofte være symmetrisk. Aldersrelaterte hørselstap kjennetegnes også ved at det ofte er diskanttap, og det er som regel progredierende tap. Allerede fra 20-årsalder kan hørselen bli dårligere, men på grunn av at degenereringen skjer langsomt og over et stort tidsrom, vil ikke hørselstapet skape utfordringer før ved 50-60-årsalder (Tye-Murray, 2015). Dette kan vi se illustrert i figur 1. Med en stadig økning i alder hos befolkningen, er det naturlig å anta at denne gruppen hørselshemmede vil vokse de neste årene.



Figur 1: Hvordan hørselen svekkes med alder. Hentet fra Andersson & Jauhiainen (i Laukli, 2007), s. 290.

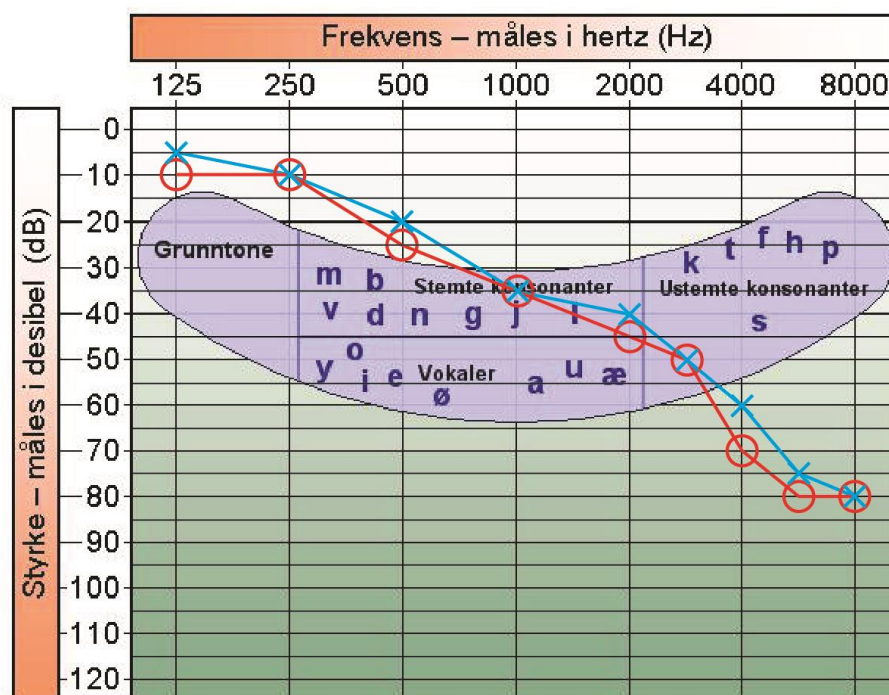
I tillegg til at alderen i seg selv utløser hørselstap, kan også andre komponenter spille inn. Man kan være langtidseksponert for støy, ha en genetisk disposisjon eller ha brukt medikamenter som kan være skadelig for hørselen (Gates & Mills, 2005). Siden aldersrelatert hørselstap er et sensorinevralt tap, et tap som oppstår i det indre øret, kan ikke de skadde hårcellene regenereres og tapet er noe man må leve med (Gates & Mills, 2005). Disse hørselstapene blir alvorlige siden det ikke er mulig å «reparere» sensorinevralt tap. Disse tapene er de største tapene man kan få, og man vil følgelig kunne høre svært dårlig med et slikt tap.

Ut fra figur 2 kan vi se at hørselstapet ofte vil opptre ulikt hos kvinner og menn, hvor menn oftere vil ha høyfrekvente tap, mens kvinner vil ha noe flatere tap (Stach, 2010). Det er også flere menn enn kvinner som har aldersrelaterte hørselstap (Aarhus et al., 2012). Det er vanskelig å si noe om årsaken til dette, men det er kjent at typiske arbeidsplasser med mye støy, som for eksempel industri, bygg og anlegg og skogbruk, har vært mannsdominerte yrker. Støyskader kan som nevnt, forekomme som en ettervirkning av langtidseksponering av lyd og støy, for eksempel fra industri, eller av kraftige impulslyder, som skudd (Arlinger et al., 2007). Aarhus, Kvestad, Tambs og Engdahl (2012) fant at økt grad av støyeksponering økte grad av hørselstap, og at menn over 64 år som hadde vært i arbeid høy-eksponert for støy hadde i gjennomsnitt 13 dB lavere terskler enn de som ikke hadde blitt eksponert. Støyskader vil ofte ligge i 4000-6000 Hertz-området, hvor man kan se at hørselskurven vil ha en dipp rundt dette området (Stach, 2010). En typisk støyskade vil følgelig føre til et hørselstap i de høye frekvensene, og det vil gjøre at taleoppfattelsen reduseres, som ved presbycusis.



Figur 2: Utviklingen av presbycusis hos kvinner og menn. Hentet fra Stach (2010), s.174.

Et aldersrelatert hørselstap kjennetegnes blant annet av at det blir vanskelig å høre lyder i diskantområdet. Som illustrert i figur 1 ser vi at hørselen gradvis blir dårligere ved økt alder, og flere av språklydene vil dermed bli påvirket. Som vist i audiogrammet nedenfor (figur 3), produseres språklyder på mellom ca. 100- og 8000 Hz. Når eldre mennesker gradvis mister hørselen, er det lydene på 4000 Hz og oppover som vil forsvinne først (Hull, 2001a). I dette frekvensområdet produseres de ustemte konsonantene i språket, og dersom man ikke hører disse lydene i tale, vil det bli vanskelig å skille ord fra hverandre (Gates og Mills, 2005). Siden aldersrelaterte hørselstap er progredierende, vil etter hvert flere konsonanter falle utenfor det hørbare området. Konsonantene er de meningsbærende lydene i språket vårt, så å miste muligheten til å høre disse, vil bidra til en dårligere taleforståelse (Tye-Murray, 2015; Stach, 2010). Audiogrammet nedenfor illustrer hvordan presbycusis kan se ut gjennom rentoneaudiometri, og illustrerer også hvilke talelyder som kan forsvinne med et ikke-forsterket aldersrelatert hørselstap.



En talebanan er en figur som framkommer når vi legger talespråklydene inn i et audiogram. De ligger spredt utover et område som blir seende ut som en banan. Framstillingen er forenklet, for hver enkelt språklyd er sammensatt av flere ulike frekvenser. Språklyder er ikke rene toner.

© sansetap.no

Figur 2: Talebananen. Hentet fra sansetap.no. Autentisk rentoneaudiogram er tegnet inn over figuren for å illustrere hvilke talelyder som forsvinner med et aldersrelatert hørselstap.

Taleoppfattelse

Audiogrammet (figur 2) viser at hørselstapet vil gå ut over et viktig frekvensområde som fører til tap av taleoppfattelse. I tillegg vil eldre med tiden få vansker med å prosessere tale. I en litteraturstudie av Gordon-Salant i 2005 fant hun flere tidligere undersøkelser som viste at eldre mennesker hadde dårligere talegjenkjennelse enn yngre med samme hørselskurve. Selv om rentoneaudiogrammet indikerer at en skal høre innenfor et visst område, er det ikke alltid det stemmer. I noen tilfeller kan man høre en rentone godt, men ha problemer med å oppfatte ord i de samme frekvensene. Det mener Hull (2001a) er en del av presbycusis, og det kan komme av endring i hørselsbanene og auditiv cortex. Det er også vist at mange eldre har vansker med å prosessere hurtig tale (Gordon-Salant, 2005). Stach (2010) påpeker at det kan være vanskelig å ha noe utbytte av høreapparat dersom man har store prosesseringsvansker, siden det sentrale nervesystemet ikke fungerer optimalt, og den eldre vil ha problemer med å tolke lydinntrykkene. Eldre med hørselstap vil også ha større vansker med taleoppfattelse i støy. Dette kommer av at de vil ha vanskeligheter med å oppfatte talesignalet, siden støyen kommer i veien for det (Hull, 2001a).

Auditiv deprivasjon og kognisjon

Auditiv deprivasjon kan forekomme når auditiv cortex ikke blir stimulert, og det skjer når lydsignalene ikke blir tatt opp i hjernestammen (Stach, 2010). For å stimulere det auditive systemet i hjernen, må det tilføres lyd. Når en eldre person gradvis får redusert denne tilførselen, vil dette systemet stimuleres i mindre grad (Silverman, Silverman, Emmer & Gelfand, 1992). Forsterkning i form av høreapparat har vist seg å være en svært positiv faktor for å forhindre auditiv deprivasjon hos eldre (Willott, 1996c referert i Chisolm, Willott & Lister, 2003). Dersom man imidlertid venter lenge før man bruker forsterkning for auditive impulser ved nedsatt hørsel, kan dette føre til at opplevelsen av lyd ikke vil være like god som den kunne blitt ved tidligere forsterkning (Silverman et al., 1992). Hjernens plastisitet vil svekkes med alder, og det kan føre til at det blir vanskeligere å tilegne seg nye kunnskaper, og trene opp ferdigheter (Jansen, 2009). Følgelig kan det også ha uønskede konsekvenser for eldre med hørselstap, som at det blir vanskeligere å trene opp hjernen til å høre lyder den ikke har hørt på lenge. Tidlig forsterkning gjennom for eksempel hyppig bruk av høreapparat, har vist seg å være viktig for forebygging av ytterligere vansker med taleforståelse (Chisolm, Willott & Lister, 2003). Gordon-Salant (2005) sier også at nye tekniske hjelpemidler kan gi

god forbedringsmulighet på taleforståelsen for eldre med hørselstap i situasjoner med vanskelig lytteforhold.

Hørselstap hos eldre kan også føre til nedsatt kognitiv funksjonsevne. Situasjoner i dagliglivet vil kreve stor oppmerksomhet fra den eldre hørselshemmede og dette vil kunne påvirke arbeidsminnet og prosesseringen av tale (Lunner, 2003; Lin et al., 2013). Eldre som har hørselstap som bidrar til nedsatt kognitiv funksjon, vil imidlertid ha større vansker med å nyttiggjøre seg høreapparat (Lunner, 2003), og dette kan tale for at tidlig forsterkning kan være nyttig for å unngå svekket kognitiv funksjonsevne.

Høreapparater

Det mest vanlige tiltaket ved nedsatt hørsel hos eldre er bruk av høreapparat. Et høreapparat fungerer som en forsterker: lyden blir fanget opp av en mikrofon, omformulert til elektriske signaler og ført videre til en høyttaler som overleverer lyden høyere enn den i utgangspunktet var (Andersson et al., 2007). Høreapparatet skal hjelpe den enkelte til å høre lyd, men det er svært viktig at høreapparatet er tilpasset den enkeltes hørsel og audiologiske vilkår for å få et godt utbytte (Stach, 2010). Høreapparat er ikke et apparat som gjenskaper normal hørsel. Lydene vil oppfattes på en annen måte. Filterfunksjonen som øret naturlig har, vil ikke være tilstede i et høreapparat, selv om apparatet justerer talesignalet så det ikke skal bli ubehagelig for brukeren. Det betyr også at høreapparatet også vil ta inn for eksempel bakgrunnsstøy. I tillegg vil forsterkningen i begynnelsen oppfattes som veldig høy, og kanskje problematisk høy frem til hjernen venner seg til lyden (Andersson et al., 2007). Tilvenningsprosessen kan ta lang tid, helt opp til et år. Å bli tilvent høreapparatet krever imidlertid gradvis og jevnlig bruk av høreapparatene. Dersom man bruker apparatene jevnlig skal man kunne merke forbedring allerede den første måneden (audiografen.no, udatert). Høreapparatet er, som vi har sett, viktig for forebygging av auditiv deprivasjon, som kan være en risikofaktor hos eldre med hørselshemning.

I Gordon-Salants (2005) litteraturstudie fant hun at 76 % av eldre høreapparatbrukere hadde godt utbytte av apparatene på generell basis, mens 31 % kunne rapportere om godt utbytte i støy. Dette sier noe om nytten av å bruke høreapparat. Imidlertid blir ofte høreapparater liggende ubrukt. Det er ulike grunner til dette: dårlig utbytte, vansker med å bruke dem i støy og i større samtalegrupper (Gordon-Salant, 2005), mangel på motivasjon (Stark & Hickson, 2004), vansker med å håndtere dem (Wilson & Stephens, 2003; Brooks & Hallam, 1998) og

forfengelighet og status (Hull, 2001c) er noen. Solheim (2011b) fant i sin studie at hørselshemmede med små hørselstap hadde større sannsynlighet for å ikke ville bruke høreapparater i forhold til de med større hørselstap. Det viser at de generelt har mindre forventninger til hva et høreapparat kan bidra med. I en tysk studie om viktigheten og nytten av høreapparaters egenskaper ble det funnet en signifikant forskjell på de yngre og de eldste eldre. Hvor enkelt det var å håndtere høreapparatet var en svært viktig faktor for den eldste gruppa, men ikke for de yngre eldre (Meister, Lausberg, Kiessling, Wendel & Walger, 2002). Som vi har sett tidligere, har ofte eldre i gruppen «den fjerde alder» dårligere helse, og ofte større motoriske problemer enn de yngre. Hull (2001c) sier at alder det kan være en utfordring i håndteringen av små høreapparater.

2.2.1 Konsekvenser av aldersrelatert hørselstap

Kommunikasjonsvansker

Det er store individuelle forskjeller både på hvordan et hørselstap ser ut og hvordan man opplever det. Hvordan man opplever sitt eget hørselstap vil spille en rolle for hvilke konsekvenser hørselstapet vil gi og hvordan det påvirker den hørselshemmede. Hvordan den enkelte vil reagere på å få nedsatt hørsel, vil i henhold til Tye-Murray (2015) være avhengig av faktorer ved den hørselshemmede som blant annet mental helse, temperament, selvstendighet og uavhengighet, samt selvbilde.

Hørselshemning er primært en kommunikasjonsvanske, og mennesker med nedsatt hørsel vil ofte ha problemer med taleoppfattelse jf. kapittel 2.2. Ved sensorinevralt tap vil mange lyder fra de høye frekvensene ikke være hørbare, mens andre lyder vil ha dårligere kvalitet. I situasjoner med støy vil en hørselshemmet person i tillegg ikke ha mulighet til å utnytte det Laukli (2001) kaller de stillere intervallene som et normalthørende øre får til. Det betyr at taleoppfattelse i støy blir en prøvelse for hørselshemmede. Et høreapparat vil forsterke den lyden som er i omgivelsene, og ikke filtrere ut noe, slik som øret normalt sett gjør. Med et høreapparat vil det være vanskelig å høre hva som blir sagt i støyfulle omgivelser, og høreapparat vil ikke nødvendigvis være til stor nytte i disse situasjonene (Andersson et al., 2007). Laukli (2001) skriver også at oppfattelse av tale i støy blir merkbart dårligere med årene.

I studien til Dalton et al. (2003) om livskvalitet ved hørselstap sa 52 % av utvalget at de hadde problemer med kommunikasjon. Karlsson Espmark, Rosenhall, Erlandsson & Steen, (2003) gjorde funn i sin studie som viste at eldre syntes at for eksempel kommunikasjon i støy var spesielt vanskelig, og at det i stor grad var sammenheng mellom størrelsen på tapet og vansker med kommunikasjon i støy. Likevel fant de at de eldre mente at hørselstapet i liten grad påvirket livskvaliteten deres.

Psykososiale konsekvenser

Som tidligere nevnt er situasjoner med kommunikasjon og sosial kontakt ofte de vanskeligste for en med hørselshemning og noe av det viktigste i mange menneskes liv. Hvis kommunikasjon og sosiale situasjoner blir noe som er vanskelig å delta i og som man etter hvert slutter å oppsøke, kan det få psykososiale konsekvenser for mennesket det gjelder. Å ikke lenger være en fullverdig kommunikasjonspartner kan føre til blant annet frustrasjon, sinne og nedstemthet, mens kommunikasjonspartnerne kan bli irritert, utålmodig, frustrert og føle sympati med den hørselshemmede (Tye-Murray, 2015).

Andre konsekvenser av hørselstapet og kommunikasjonsvanskene kan være at man isolerer seg fra sosiale situasjoner og føler usikkerhet og ensomhet på grunn av hørselstapet. De kan også føle skam hvis de ikke synes de strekker til i ulike sammenhenger og ha følelsen av å være en byrde for familien og andre. Den hørselshemmede kan også være forlegen på grunn av hørselstapet, fordi han eller hun synes det er pinlig å ikke kunne delta i sosial interaksjon (Tye-Murray, 2015). Ifølge Hull (2001b) hender det at den eldre føler at det er ens egen skyld at kommunikasjonen blir vanskelig. Men det er viktig å presisere at også omgivelsene har en oppgave i å tilrettelegge for best mulig kommunikasjonsforhold. Skyld- og skamfølelse kan tilslutt føre til depresjoner fordi man går med en konstant følelse av nederlag.

Det finnes også eksempler på at venner og familie ofte tror at et hørselstap kan «repareres» med et høreapparat (Tye-Murray, 2015), noe som ikke er tilfelle. I de situasjonene hvor familie og venner har en misoppfatning av høreapparatets funksjon, vil ikke kommunikasjonen bli lettere. Så lenge omgangskretsen ikke har innsikt i hørselshemmingen, vil de ikke ha forutsetninger for å kunne legge til rette for en positiv kommunikasjonssituasjon for den hørselshemmede.

Når denne type konsekvenser som beskrevet overfor inntreffer, kan det føre til store omveltninger i livssituasjonen. Solheim et al. (2011) fant at eldre hørselshemmede opplevde begrensninger i aktivitet og redusert deltakelse i samfunnet, mens Karlsson Espmark et al. (2003) sier at desto større tapet er, desto større er sjansen for at personen med hørselstap unngår sosiale situasjoner.

2.3 Hørselsrehabilitering

Som vi har sett kan konsekvensene ved et hørselstap være mange og alvorlige, både for den det gjelder og for relasjonen til andre i personens omkrets. Med det kan også være en konsekvens for samfunnet i sin helhet når noen for eksempel faller utenfor sosialt og kommunikativt. For å unngå konsekvenser av den art som tidligere er skissert, må det iverksettes tiltak. Tiltakene ligger innenfor det som på engelsk benevnes som *aural rehabilitation*, eller hørselsrehabilitering på norsk.

Det generelle rehabiliteringsbegrepet er definert gjennom forskrift om habilitering og rehabilitering (2012) § 3, som sier at

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Kortfattet sagt skal rehabilitering handle om samarbeid mellom instanser og å bistå brukeren til å kunne være en likestilt deltager i samfunnet.

Hørselsrehabilitering er et begrep som ikke i noen særlig grad er innarbeidet i norsk, men man har forsøkt å adoptere innholdet fra engelske «aural rehabilitation». Hva som ligger i begrepet «aural rehabilitation» kan diskuteres, og det defineres på ulike måter. Tye-Murray (2015) definerer det slik: «Aural rehabilitation is intervention aimed at minimizing and alleviating the communication difficulties associated with hearing loss» (s.3). Dette er en generell definisjon som sier noe om hva det er, men i liten grad hva det innebærer av tiltak og tjenester. Målene ved hørselsrehabilitering er imidlertid å minske vansker relatert til hørselstapet og bidra til at konsekvensene blir mindre (Tye-Murray, 2015).

I Pichora-Fuller, Corbin, Riko & Albertis definisjon av hørselsrehabilitering fra 1983 forklarer de mer inngående hva det innebærer: «a complex, ongoing process which should include hearing aid selection as well as communication aid recommendation, counselling on the use of devices, seating and communication strategies, lip-reading, auditory training and psychosocial guidance» (1983, s.58). Det legges altså vekt på at hørselsrehabilitering er en pågående prosess som innebærer mer enn bare den tekniske biten av hjelp man kan få ved nedsatt hørsel. Det sies implisitt at hørselsrehabilitering er noe som innebærer så mange momenter at flere yrkesgrupper innenfor fagfeltet bør være en del av det.

Videre har Kricos & Lesner (1996) mye av den samme forståelsen av hva hørselsrehabilitering bør innebære, men legger også til noen momenter: «consideration and management of overall communication skills, psychosocial aspects of hearing loss, education of significant others, hearing aid orientation, emphasis on improving conversational and interactive skills, and use of assistive listening device», (referert i Matonak, 1999, s.205). Standard Norge (2010) sier at rehabilitering i hørselssammenheng er en «systematisk prosess for å forbedre høreevne og kommunikasjonsferdigheter gjennom opplæring, øvelse og instruksjon etter tilpasningen av et høreapparatsystem» (s.6).

Det generelle rehabiliteringsbegrepet inneholder mye av det samme som de presenterte definisjonene av hørselsrehabiliteringsbegrepet, men hørselsrehabiliteringsdefinisjonene legger i større grad vekt på innholdet i rehabiliteringsprosessen, og mindre fokus på funksjons-, og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i samfunnet. De sier heller ikke noe om at hørselsrehabilitering må innebære samarbeid mellom ulike instanser, slik som det generelle rehabiliteringsbegrepet vektlegger. Dette kan man likevel kunne lese ut fra hva innholdet i hørselsrehabilitering skal innebære, siden få yrkesutøvende vil ha kunnskaper om alle bestanddelene hørselsrehabilitering bør inneholde.

Av disse definisjonene på aural rehabilitation kan vi se at hørselsrehabilitering består av alt som kan bidra til å lette livet for hørselshemmede og redusere en problemfylt tilværelse på grunn av hørselstap. Dette skal gjøres gjennom hørselsrehabiliterende tiltak, både teknisk og psykososialt, med utgangspunkt i personens hørselsprofil.

Videre i kapitlet skal vi se på hvilke faktorer som er viktig for å sikre en god hørselsrehabilitering, og hvordan hørselsrehabilitering kan bidra til bedre livskvalitet for den hørselshemmede.

2.3.1 Hørselssentraler, avtalespesialister og det norske tjenestesystemet

Helvik et al. (2008) fant i sin studie at det sosiale og kommunikative aspektet ved nedsatt hørsel ofte er en av de viktigste grunnene til at mange velger å gå til anskaffelse av høreapparat. For at en skal vende tilbake til tidligere sosialt liv, holder det ikke bare å få høreapparatet, men en helhetlig hørselsrehabilitering er nødvendig (Falkenberg, 2007). For at høreapparatbruken skal lykkes er det flere stadier man må gjennom, flere instanser det kan være nødvendig å være i kontakt med, og flere faktorer det må jobbes med. Hørselssentraler eller avtalespesialist for høreapparatformidling er de instansene brukerne kanskje er mest kjent med, og det er dit man blir henvist fra fastlegen ved tegn til hørselstap. Hvordan de ulike høreapparatformidlerne legger opp tilbudet til sine pasienter kan være svært ulikt, og likedan hvilken informasjon som gis (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

I dag er det 36 offentlige hørselssentraler og ca. 100 avtalespesialister² som deler ut – og tilpasser høreapparat i Norge. Norsk standard NS-EN 15927:2010 «Tjenester tilknyttet formidling av høreapparater» sier at «tilpasning av høreapparater skal bestå av både levering av høreapparatene, tilpasningsprosessen og tilknyttet oppfølging» (s.11). En høreapparattilpasning handler altså om mye mer enn bare å tilpasse et par høreapparater i henhold til den hørselshemmedes audiogram. Man skal kartlegge klientens hørselsprofil, som blant annet vil innebære å kartlegge selve hørselsnedsettelsen, hvilke sosiale konsekvenser den fører til, hvilke forventninger en har til hørselen, behov for hørselstekniske hjelpemidler og om klienten har andre funksjonsnedsettelse (Standard Norge, 2010). Falkenberg (2007) sier at det er lagt mer vekt på å følge den tradisjonelle tilnærmingen til en høreapparattilpasning enn å følge opp de individuelle behovene til hver og en klient. En skal også huske at eldregruppen generelt ikke nødvendigvis har de samme behovene, og det må være med i beregningene ved oppfølging av eldre hørselshemmede (Solheim, 2011a).

Et høreapparat skal deretter velges ved et informert valg av klienten. Han eller hun skal være opplyst om fordeler og ulemper, hva de ulike høreapparater innebærer, for eksempel om det har telespole eller ei. Deretter skal det tilpasses klientens hørselsprofil. Det skal også gis informasjon om det høreapparatet som er valgt, og denne informasjonen skal inneholde instruksjoner og demonstrasjoner av høreapparat og programmer, hvordan man setter dem på og hvordan man skal bruke dem, opplæring i å skifte batteri og rengjøre apparatet,

² Opplyst på e-post fra HLF, 4. mai 2015.

hørselstaktikk, samt råd om å bruke teleslynge eller andre systemer for samtale, der det finnes (Standard Norge, 2010). Det er ikke nødvendigvis slik at informasjon som blir gitt muntlig, blir forstått og husket. I formidling av informasjon er det viktig at personen med hørselshemming får praktisere for eksempel rengjøring av høreapparat og batteriskift i tillegg til at informasjonen gis. Dette er momenter som bør være med i en høreapparattilpasning og det er lagt vekt på at dette er spesielt viktig for førstegangsbrukere (Taylor & Mueller, 2011). Alle som har en høreapparattilpasning skal også få informasjon om tilgjengelige hørselstekniske hjelpemidler av høreapparatformidleren (Standard Norge, 2010).

I studier gjort på ervervet informasjon i helsesammenheng, er det vist at 40-80 % av informasjon fra en doktor ikke vil bli husket, men at også halvparten av informasjonen som blir husket, blir husket feil (Lay, 1988 i Rao og Fogarty, 2007). Rao & Fogarty (2007) gjorde funn som viste at 95 % av informantene i studien syntes det var positivt å få informasjon fra legebesøket skriftlig.

Standard Norge (2010) slår fast at det skal avtales oppfølgingstimer etter å ha fått tilpasset høreapparat. Utgangspunktet for disse timene er at de skal følge opp at brukeren opplever høreapparatene og lyden som bra. Hvis ikke brukeren er tilfreds med lyden, må apparatet justeres. Under oppfølgingstimene skal også brukeren få hjelp til å venne seg til høreapparatet, og høreapparatformidleren skal kontrollere at alt er som det skal. Oppfølgingstimen(e) skal skje kort tid etter tilpasningen, men brukeren må ha fått tid til å benytte høreapparatet en stund i sine daglige omgivelser. Høreapparatformidleren skal foreslå flere oppfølgingstimer for brukeren, og skal være tilgjengelig for å hjelpe til dersom høreapparatet ikke skulle virke som det skal. Solheim et al. (2012) studie viste at oppfølging etter høreapparattilpasning var like avgjørende som aksept av hørselstapet, for at høreapparatet ble brukt. I standarden er det nedfelt at brukere med flere behov enn høreapparatformidleren kan tilby, skal få informasjon om hvor man kan få annen hjelp, som for eksempel hjelp med hørselstrening (Standard Norge, 2012). Solheim et al. (2012) presiserer at de som skal være ansvarlig for oppfølgingen av eldre høreapparatbrukere, må ha gode ferdigheter i rådgivning/veiledning for å kunne se de emosjonelle aspektene ved et hørselstap, samt ha god kjennskap til eldre hørselshemmedes behov. Audiopedagoger er den faggruppen som har utdanning og kompetanse i kommunikasjonstrening og rådgivning innenfor de psykososiale aspektene av hørselstap (Falkenberg, 2007).

Som vi har sett innebærer hørselsrehabilitering mye mer enn bare å få tilpasset høreapparat. Hvis hørselsrehabiliteringen stopper ved formidlingen av høreapparat, kan det få negative konsekvenser for den hørselshemmede. Sosial- og helsedirektoratet (2007) sier at de eldste brukerne, de som er i den typiske «fjerde alder», kan ha ekstra utfordringer, og en kan dermed forvente at de vil ha behov for flere konsultasjoner etter å ha fått tilpasset høreapparatet. Rapporten «Å høre og bli hørt» sier at tilfeldigheter kan avgjøre om du får tilstrekkelig informasjon om vesentlige ting tilknyttet hørselstapet og høreapparatet, om konsekvenser av hørselstapet og om andre hørselstekniske hjelpemidler (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Selv om det finnes audiopedagoger, kommunale hørselskontakter, hjelpemiddelsentral, likemannstilbud og kommunale rehabiliteringstilbud, er det forskjellig hvordan det fungerer i praksis og det er steds- og tidsavhengig (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Tilbudet kan ses på som fragmentert, og det vil med andre ord ikke være optimalt for brukernes individuelle behov.

Av andre tilbud som hører hjemme i en hørselsrehabiliteringsprosess, finnes det blant annet audiopedagoger som jobber med oppfølging på hørselssentraler, hos avtalespesialister eller som privatpraktiserende. Det er imidlertid få stillinger som audiopedagoger innenfor hørselsrehabiliteringen (Falkenberg, 2007). Audiopedagogers oppgave i en rehabiliteringsprosess er blant annet oppfølging av psykososiale forhold, kommunikasjonstrening og generell informasjon og rådgivning tilknyttet hørselstapet (Falkenberg, 2007).

Kommunen har et særlig ansvar for rehabilitering. Forskrift om habilitering og rehabilitering (2012) § 5 stadfester at «kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering». Det betyr at kommunen har ansvar for å følge opp at de hørselshemmede i kommunen får en god hørselsrehabilitering. Alle kommuner er oppfordret til å ha en hørselskontakt (HLF, udatert). Hørselskontakten skal blant annet samarbeide med andre instanser vedrørende hørselstapet, være behjelpelig med å søke om tekniske hjelpemidler og prøve dem ut, samarbeide med hjelpemiddelsentralen, samt informere om tilbud som kan komme den hørselshemmede til gode.

I tillegg til de overnevnte tilbudene i en rehabiliteringsprosess, vil NAV hjelpemiddelsentral være viktig for de som har behov for tekniske hjelpemidler utover det kommunen kan bidra med. NAV (2014) sier at for å søke hjelpemidler anbefaler de at den hørselshemmede tar

kontakt med hørselskontakten i kommunen eller direkte med NAV hjelpemiddelsentral. Hørselskontakten i kommunen skal kunne hjelpe den hørselshemmede med å kartlegge behov for hørselstekniske hjelpemidler samt å være behjelpelig med å søke om hjelpemidler. Som tidligere nevnt har høreapparatformidleren også et ansvar for å informere om hjelpemidler, i alle fall at det finnes og hvor man kan henvende seg for å få bistand til å søke. Det kan være avgjørende for at den enkelte får kunnskap om at det øvrige hjelpeapparatet og hjelpemidler finnes.

HLFs likemannstilbud er et tilbud hvor noen hørselshemmede bistår andre hørselshemmede i spørsmål tilknyttet hørsel, og kanskje spesielt høreapparat. Likemannsarbeidet foregår på frivillig basis, men alle likemenn får kurs og opplæring i likemannsarbeid. Mye av midlene likemannstilbudet har kommer fra statsbudsjettet, og regjeringen har i forbindelse med posten på budsjettet oppfordret til kommuner og HLF om etablering av samarbeid for hvordan man skal jobbe med veiledning av høreapparatbrukerne (HLF, 2012b).

2.3.2 Kommunikasjonstrening og mestringsstrategier

I følge Hallberg et al. (2008) brukes ulike strategier for å mestre konsekvensene av et hørselstap. De deler dem inn i hensiktsmessige og uhensiktsmessige strategier. Andersson et al. (2007) bruker disse begrepene om det samme fenomenet: problemfokuserende coping og emosjonsfokuserende coping. Jeg velger å benytte hensiktsmessige og u-/ lite hensiktsmessige strategier videre i denne oppgaven. I en rehabiliteringsprosess er målet å oppnå mestring ved eget hørselstap, og i den forbindelse blir oppgaven å opprettholde de hensiktsmessige mestringsstrategiene og vende de uhensiktsmessige strategiene om til å bli hensiktsmessige. I en rehabiliteringsprosess hvor fokus ligger på kommunikasjon, må det jobbes med å minimere typiske problemer gjennom kommunikasjonsstrategier (Tye-Murray, 2015). Helvik et al. (2008) fant i sin studie resultater som tyder på at å legge til rette for hensiktsmessige strategier er viktig, da de i studien som brukte lite hensiktsmessige strategier, hadde større sannsynlighet for å ikke benytte høreapparat.

De uhensiktsmessige strategiene er ofte et resultat av den hørselshemmedes følelser, hvor han eller hun på en passiv måte forsøker å tilpasse situasjonen til seg selv (Andersson et al., 2007). Et eksempel på det kan for eksempel være å unngå å bli med på et cafébesøk på en bestemt café på grunn av dårlige akustiske forhold. En hensiktsmessig strategi i denne situasjonen ville være å foreslå et annet sted, hvor lytteforholdene er bedre. Det er ikke

nødvendigvis slik at en hørselshemmet person er klar over at han eller hun bruker uhensiktsmessige strategier, men dette er strategier som er typiske strategier å bruke fordi man opplever at det hjelper i kommunikasjonssituasjoner; som for eksempel å late som man hører, gjette på hva som blir sagt eller å unngå sosiale situasjoner (Gomez & Madey, 2001). Det er imidlertid viktig å påpeke at både hensiktsmessige og uhensiktsmessige strategier kan hjelpe den enkelte til å mestre hverdagen (Gomez & Madey, 2001). Strategier som for eksempel å spørre noen om å gjenta det som blir sagt eller fortelle om hørseltapet slik at andre har mulighet til å vise hensyn, er strategier som er hensiktsmessig for å mestre tapet, kunne følge med i den sosiale konteksten og øke livskvaliteten (Gomez & Madey, 2001). De uhensiktsmessige mestringsstrategiene vil ikke gi den samme følelsen av å mestre livet som de hensiktsmessige strategiene, da man lever utenfor den sosiale konteksten. Den hørselshemmede må inneha kunnskap om hva som har betydning for kommunikasjonssituasjoner for å kunne møte dem med hensiktsmessige strategier.

Helsedepartementet og sosialdepartementet (2002) vektlegger at man skal mestre utfordringer ut fra individuelle behov. Det kan innebære å være klar over at visuell støtte er viktig og at godt lys gir bedre munnnavlesning, kunnskap om bakgrunnsstøy og kommunikasjonsdisiplin, som innebærer at brukeren må være klar over nytten en disiplinert kommunikasjon kan ha for seg selv og hørselstapet. Hvis man som hørselshemmet er klar over hvor viktig det er for eksempel å kunne komme unna bakgrunnsstøy, men ikke å unngå de sosiale situasjonene denne støyen ofte oppstår i, vil dette kunne bidra til å fremme positive mestringsopplevelser og bedre livskvalitet. Det gjelder altså å benytte de ressursene man selv har og være aktiv i å bruke dem (Andersson et al., 2007). Hallberg et.al (2008) legger vekt på viktigheten av trening og profesjonell støtte for å legge til rette for mestring og skape mestringsstrategier for de kommunikative og psykososiale konsekvensene av hørselstap. Vi ser at konsekvensene av hørselstap kan være mange og omfattende, og at hørselstapet kan gjøre den enkeltes hverdag så vanskelig at det går ut over livskvaliteten. Derfor er det av stor viktighet at man lærer å mestre tapet for å forebygge konsekvensene av det.

I tillegg til å ha hensiktsmessige strategier for å mestre hørselstapet og kommunikasjonssituasjoner med et hørselstap, kan også hørselstekniske hjelpemidler bedre forholdene for kommunikasjon (Andersson et al., 2007). Dette er hjelpemidler som for eksempel kan forsterke samtaler og bidra til å styre retning for å filtrere ut uviktig lyd. Å lære seg å bruke slike hjelpemidler på en god måte, kan være en del av kommunikasjonstreningen.

2.3.3 Arbeid med psykososiale utfordringer

Som vi så i kapittel 2.2.1 kan det forkomme mange psykososiale konsekvenser som følge av et hørselstap. Det er flere faktorer som er avgjørende for at fagpersoner skal kunne bistå og den hørselshemmede skal kunne ta i mot hjelp i en rehabiliteringsprosess. En person med hørselstap må blant annet akseptere sitt hørselstap og være motivert for høreselsrehabilitering. Dette er to faktorer som henger sammen, og må være på plass for et godt utbytte av en høreapparattilpasningsprosess.

Å være selv-motivert uten å ha akseptert at det foreligger et hørselstap, synes vanskelig. Peterson (2009) sier at «aksept er like fullt en uunngåelig forutsetning for å integrere at hørselen er dårlig og komme seg videre i livet» (s.463). Det er derfor av stor betydning at det jobbes med aksept og motivasjon hos mennesker som ikke har akseptert sitt eget hørselstap. Hvis man blir tvunget inn i en hørselsrehabiliteringsprosess uten å ha akseptert eget hørselstap, kan det være nærliggende tenke at majoriteten av disse muligens vil legge høreapparatet i en skuff. Helvik et al. (2008) gjorde funn i sin studie som sa at individer med aktivitets- og deltakelsesbegrensning i større grad ville akseptere høreapparat enn de som fungerte godt sosialt. Det indikerer at jo større konsekvenser hørselstapet har for den enkelte, jo større sjanse er det for at man er motivert for og aksepterer å bruke høreapparat. Normann, Sandvin & Thommesen (2013) påpeker at det ikke er lett å la seg motivere når andre har tatt styringen, og det kan heller virke mot den opprinnelige hensikten; at ting skulle bli bedre. Det er derfor av stor betydning at den som rehabiliteringsprosessen gjelder, har håp om bedring og at dette ligger til grunn for videre motivasjon. Personen skal selv styre sin prosess, og «tjenesteyterens rolle må primært være å gi informasjon, og synliggjøre muligheter og begrensninger» (Normann et al., 2013, s.70). Håp om bedring, egen motivasjon og en tjenesteyter som hjelper en på veien, skal altså være suksessfaktorer for motivasjon i rehabiliteringsprosessen.

Å forstå hvilken nytte man kan få av et høreapparat eller annen hørselshjelp, samt å reversere negative tanker og holdninger om dette, kan bidra til aksept og motivasjon (Tye-Murray, 2015). Peterson (2009) støtter dette når hun sier at det ikke er den tekniske siden ved en hørselsrehabilitering som er det viktigste i en slik situasjon, men at personen får hjelp til å akseptere hørselstapet ved å få god informasjon, og at personens mestringsressurser blir tatt frem i lyset. Hvilke forventninger den eldre har til høreapparat kan også være en kilde til motivasjon, men det er ikke alltid bruk av høreapparat lever opp til brukerens forventninger.

Det er viktig å identifisere drivkraften for å gå til anskaffelse av høreapparat for å forebygge mislykket høreapparatbruk (Solheim, 2011b). Annen motivasjon enn selv-motivasjon kan som sagt være mindre vellykket med tanke på videre bruk av høreapparat.

Motivasjon forklares som «en indre tilstand som forårsaker, styrer og opprettholder atferd» (Woolfolk, 2010, s.274). Atferden kan forkomme på to ulike måter; gjennom indre eller ytre motivasjon. Indre motivasjon finnes når en person mener at det man skal være motivert for, er motivasjon nok (Woolfolk, 2010). I et hørselsperspektiv kan det for eksempel handle om at man har lyst til å begynne å bruke høreapparat fordi man ønsker å høre bedre igjen. Ytre motivasjon, på den andre siden, er også en like valid kilde til motivasjon som den indre motivasjonen. Her dreier det seg imidlertid om en motivasjon som ikke er betinget av aktiviteten selv, men av noe som vil skje som følge av aktiviteten (Woolfolk, 2010). Det kan for eksempel handle om at familien slutter å spørre om når man skal skaffe til veie et høreapparat. Indre og ytre motivasjon er to ytterpunkter på en linje. Det betyr at motivasjonen kan være en kombinasjon av begge deler (Woolfolk, 2010).

I hørselsrehabiliteringen må det være identifisert hvilke forventninger brukeren har til dette, og hvilke forventninger en har til nytten av et høreapparat. De aller fleste vil ha noe erfaring med dårlig hørsel på bakgrunn av at de kjenner noen det gjelder. Dermed kan de også ha noen tanker og forventninger om hvordan det skal bli å bruke høreapparat. Dersom alle man kjenner med høreapparat har dårlige opplevelser med det, er sjansen stor for lave forventninger til høreapparatet. Hull (2001c) påpeker at i slike situasjoner må personen tilpasse sine forventninger og holdninger for å lykkes med å benytte høreapparat. Kricos, Lesner & Sandridge (1991) fant i sin studie ut at et flertall av eldre som var kandidater til å få høreapparat, hadde urealistisk høye forventninger til utbytte av høreapparat. Blant annet forventet mange at det ikke skulle være problemer med å høre godt hvor det var mye lyd og at lyden skulle høres naturlig ut. Slike forventninger kan gjøre opplevelsen av å bruke høreapparat negativ da den ikke innfrir de forventningene den hørselshemmede har hatt (Tye-Murray, 2015). Likevel er det viktig at positive forventninger til å bruke høreapparat er tilstede. Wilson og Stephens (2003) sier at positive forventninger er et «must» for god motivasjon. Positive forventninger til høreapparatet i seg selv vil imidlertid ikke være nok for å lykkes med tilpasningen. Den hørselshemmede må også være klar over at et godt utbytte fordrer jevnlig bruk av høreapparatet over tid, samt innse at det kan bli krevende. Kunnskap

om hvilke forventninger man kan ha til utbyttet, bidrar til at høreapparater blir brukt, og vil dermed føre til bedre livskvalitet for den eldre (Solheim, 2011b).

2.3.4 Familie og signifikante andre i en hørselsrehabiliteringsprosess

Solheim (2011a) sier at opplæring i kommunikasjonsstrategier for nærmeste familie for å bedre de sosiale relasjonene, kan være svært viktig for at den hørselshemmede kan få en bedre sosial deltakelse. Trening og opplæring, også for signifikante andre, bør med andre ord være en del av et oppfølgingsprogram. Tye-Murray (2015) sier at familiemedlemmer kan delta i hørselsrehabiliteringen og lære blant annet kommunikasjonsstrategier og erverve informasjon som vil gjøre det lettere å kommunisere godt på hjemmebane, samt å forstå hvordan den hørselshemmede har det.

I tillegg til personen med hørselshemming, vil familie og signifikante andre også ha god nytte av å få informasjon om hørselstap og opplæring i høreapparatbruk for å bidra til et godt høreapparatutbytte for den hørselshemmede (Solheim, 2011a). At andre i familien er klar over hvordan det er å ha et hørselstap, kan gjøre det enklere for alle parter å forholde seg til hørselstapet og bidra til at de tar hensyn til hverandre.

Med aldersrelatert hørselstap vil hørselen, som tidligere forklart, bli gradvis dårligere over et langt tidsperspektiv. For den hørselshemmede vil derfor hørselen subjektivt oppfattes som normal, og det er derfor ofte den hørselshemmedes familie som først blir oppmerksom på hørselstapet (Tye-Murray, 2015; Gates og Mills, 2005). Siden det er personene som omgås den hørselshemmede som i første omgang merker at hørselen har blitt dårligere, er det ofte herfra oppmuntringene om å oppsøke tjenesteapparatet med mål om å få høreapparat, starter. Familien eller andre signifikante personer i den Eldres liv kan være en viktig faktor for et godt utbytte av en oppfølgingsprosess. Dette gjelder spesielt de som har mye familie i sin nærmeste omkrets. Tye-Murray (2015) skriver at disse menneskene har større sjanse for å bruke høreapparat, sett i forhold til de som ikke har mye familie. Helvik et al. (2008) hevder at familien kan være en bidragsyter for å få den hørselshemmede til å forstå sin egen situasjon. Solheim et al. (2012) sier imidlertid at dersom familien er den eneste motivasjonskilden for høreapparatbruk, vil ikke det nødvendigvis bety at høreapparatet vil bli benyttet. Det kan forekomme det man kan kalle en «please-effekt», hvor den eldre skaffer høreapparat utelukkende for at familien skal bli tilfreds. Hvis vi ser på tallene fra Wilson og

Stephens' (2003) undersøkelse, som handler om holdninger til høreapparat og om det har noe å si for resultatet av oppfølgingen, viser disse at 34 % av utvalget deres var selv-motivert for høreapparat, mens hele 66 % ikke var det. Hvis vi går ut fra at et flertall av disse 66 % som ikke var selv-motivert hadde familien som motivasjonskilde, kan det være bekymringsfullt for bruk av høreapparater. Resultatene fra denne studien viste imidlertid ingen sammenheng mellom motivasjonskilde og bruk av høreapparat.

Som tidligere nevnt vil ofte familie være en positiv faktor for høreapparatbruk under selve oppfølgingsprosessen. Likevel kan det være indikasjoner på at man bør være klar over at det i noen tilfeller kan slå negativt ut for videre bruk av høreapparat.

3 Metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for kvalitativ og kvantitativ metode og dette begrunne valget av metode og design, hvilken vitenskapsteoretisk forankring oppgaven vil ha og om hvordan utvalget er valgt. Videre vil jeg redegjøre mer inngående om intervju som metode, om studiens validitet og hvilke etiske hensyn som har blitt vurdert i oppgaven. Jeg vil se det i lys av mine metodiske valg i studien.

3.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Det er ulike måter å tilnærme seg forskning på. Valg av forskningsmetode må gjøres med utgangspunkt i den tenkte studien, og hvilke forskningsspørsmål studien har (Vedeler, 2009). Jeg vil derfor redegjøre for de to vanligste metodene innenfor forskning; kvalitativ og kvantitativ metode, og på bakgrunn av det forklare hvorfor jeg har valgt den enkelte metodiske tilnærming. I mitt forskningsprosjekt er problemstillingen «*Hvordan opplever eldre med hørselstap rehabiliteringstilbudet og oppfølgingen fra tjenesteapparatet?*» I dette forskningsspørsmålet ligger det et ønske om å finne ut hvilken opplevelse disse menneskene har av hørselsrehabiliteringen i Norge. Kvantitative metoder har tradisjonelt vært ledende innenfor forskningsmetode, og kjennetegnes ved at det kan gi kunnskap om større mengder, altså kvantiteter (Kleven, 2002). Kvalitative metoder vil i de aller fleste sammenhenger ha for små utvalg til at det er mulig å teste hypoteser, men de kan i stedet bidra til å danne hypoteser, som kvantitative metoder har mulighet til å teste. De kvalitative metodene søker å gå mer i dybden av fenomenet som undersøkes og forstå menneskelig erfarings kvaliteter (Brinkmann og Tanggaard, 2012). Ved å bruke en kvalitativ metode vil forskeren være tilstede under hele forskningsprosessen, og kan undersøke med større nærhet til forskningsobjektet enn man kunne gjort med en kvantitativ metode, hvor forskeren har valgt avstand til datakildene (Kleven, 2002).

De to metodene har også ulike måter å analysere datamaterialet på. Som tidligere forklart er forskeren delaktig i forskningen på en annen måte i kvalitative metoder, enn i kvantitative metoder. Når forskeren er en direkte deltaker i forskningssituasjonen vil han eller hun tolke den (Dalen, 2011). Det betyr at analysen av data vil forgå allerede underveis i datainnsamlingen. I kvantitative forskningsmetoder vil analyse i aller størst grad basere seg på tall. Tall er endelige og gir presise resultater om de valgte temaer eller kategorier forskeren vil

ha svar på. I motsetning vil kvalitative tolkninger av datamaterialet gi svært mye og dekkende informasjon om det forskeren er interessert i å vite, men på grunn av antall deltakere i kvalitative studier vil ikke betydningen kunne overføres til større mengder mennesker (Grønmo, 2004). Likevel er kvalitative forskningsmetoder nyttig for å kunne få en dypere forståelse av fenomenet, i tillegg til at det kan oppmuntre til videre forskning og kan gi viktig informasjon og kunnskap om temaene som forskes på (Dalen, 2011).

3.2 Valg av metode og design

Med min problemstilling som søker etter menneskers egne opplevelser av hørselsrehabilitering, fant jeg det mest hensiktsmessig å velge en kvalitativ tilnærming til prosjektet. Jeg ønsket informantenes utfyllende fortellinger om sine erfaringer innenfor det valgte temaet, og slik jeg vurderer det så kan en kvalitativ tilnærming best bidra til dette.

Når jeg skulle velge design for forskningen måtte jeg velge et design som kunne gi meg svar på forskningsspørsmålet, og samtidig gi meg bred nok informasjon om temaet. Jeg fant at intervju var det som var mest dekkende for min problemstilling, siden personers opplevelse av noe kommer best frem får det kan fortelles direkte. Jeg konkluderte med at det ville bli en helt annen studie enn det jeg ønsket hvis jeg hadde benyttet et annet design, og jeg ville heller ikke fått utfordret meg selv med å intervju mennesker. Å få snakke med førstehåndskilder var et tungtveiende argument for å velge intervju som forskningsdesign.

Da valget falt på intervju som metode, måtte jeg også velge hvilke type intervjudesign prosjektet skulle ha. Det var viktig å velge et design hvor jeg kunne få svar på mine spørsmål uten å måtte gå igjennom omstendelige prosesser hvor mye ekstra informasjon som kanskje ikke kunne nyttes i prosjektet ble gitt. Jeg tenkte også på at informasjonen kunne bli vanskelig å tolke dersom utgangspunktet for informasjon ble ulik fra informant til informant.

Siden jeg i tillegg har lite erfaring med forskning, valgte jeg derfor å benytte semistrukturert intervju som design. Dette designet er, som det går frem av navnet, delvis strukturert. Det betyr at det verken er spørsmål med låste svaralternativer eller et intervju som er helt åpent, uten noen for styring. Med semistrukturert intervju som design velger forskeren på forhånd hvilke tema som skal fokuseres på og lager spørsmål til en intervjuguide som benyttes i intervjusituasjonen (Dalen, 2011). Dette bidrar til at informasjon utenfor temaene blir redusert og at dataene kan være lettere å kategorisere og kode i etterkant av datainnsamlingen.

Imidlertid må man være klar over at et semistrukturert intervju også kan ha noen ulemper. Det er for eksempel mulig at man mister informasjon en kunne fått hvis man hadde valgt en annen intervjuform, siden forskeren på forhånd av intervjuet har bestemt hvilke temaer intervjuet skal handle om. Likevel ligger det til rette for å stille oppfølgingsspørsmål eller lede samtalen inn på temaer som kommer opp under samtalen, siden forskeren er en del av intervjusituasjonen og har kontroll på intervjuet (Tanggaard og Brinkmann, 2012).

3.2.1 Forskerrollen

Som forsker i et prosjekt skal man forstå og fortolke sine data. I en slik prosess kommer man ikke unna at for å forstå ligger det alltid en forforståelse til grunn. Dalen (2011) påpeker at det som er viktig i situasjoner hvor forforståelse kan ha påvirkning er å trekke den inn på en slik måte at den åpner for å forstå informantens uttalelser og opplevelser. Man må med andre ord være observant på situasjonene hvor forforståelsen kan spille en rolle for forståelsen.

I min studie tok jeg utgangspunkt i teori ved utarbeidelse av intervjuguide. I tillegg ble min forforståelse av temaet i stor grad dannet under undervisning og lesing av pensum på et tidligere tidspunkt, samtidig som jeg også kjenner flere eldre som bruker høreapparat. Dette var med på å gi meg en forforståelse og danne hypoteser for hva jeg ville finne i informantgruppen. Blant annet var jeg forberedt på at informantene ikke skulle være fornøyd med tilbudet og gi uttrykk for det. Denne hypotesen har jeg forsøkt å legge bak meg, både i intervjusituasjonene, men også i det videre arbeidet med det empiriske materialet.

Jeg har helt siden jeg bestemte meg for tema for oppgaven tenkt mye på at jeg hele tiden skulle være bevisst min egen forforståelse, og at jeg skulle møte informantene med et åpent sinn. Det er viktig å ikke møte informantene med en holdning om at det er du som har kunnskapen om feltet, men heller legge vekt på at det er deres erfaringer som danner kunnskap. I arbeidet med tolkning og analyse er det også svært viktig at forskeren kan forholde seg til sin egen forforståelse på en god måte. Den empirien forskeren har samlet inn, må fortolkes etter informantenes opplevelse, og ikke etter hvordan teorien sier at det ofte er eller skal være. I analysearbeidet forsøkte jeg å se dataene fra informantenes synsvinkel, slik at jeg unngikk å fokusere på innhold jeg hadde festet meg ved gjennom teori.

Forskerens forforståelse er et viktig aspekt å være klar over i en forskningsprosess. Men det er også viktig å vise at man er tydelig i egen forskerrolle, slik at det er klart for leseren hvilken

tilknytning forskeren har til det eksakte fenomenet. Dette vil være med å styrke studiens validitet.

3.2.2 Utvalg

Når man skal gjøre et valg av hvilke og hvor mange informanter man skal ha med i en studie er det viktig å tenke på at antall informanter må stå i forhold til tidsperspektivet for studien, men at man samtidig ikke velger for få informanter da det kan bidra til et dårligere og mindre rikt datamateriale (Dalen, 2011). Man bør finne den gylne middelvei, altså en informantgruppe som er passe stor, så man verken drukner i informasjon eller får for lite informasjon ut av gruppa (Tanggaard og Brinkmann, 2012).

Med dette som utgangspunkt ville jeg at utvalget mitt skulle bestå av 4 personer. Fordi det muligens er større sjanse for at flere personer med tilknytning til samme avtalespesialist og samme kommune kan ha mye av den samme opplevelsen av hørselsrehabilitering, valgte jeg å få tak i informanter fra to ulike deler av landet. Jeg forsøkte å maksimere utvalget ved å velge informanter både fra en by og fra et mindre tettsted. For å skaffe informanter tok jeg kontakt med audiografene ved to avtalespesialister, og spurte om de kunne være behjelpelig med å finne informanter som passet til inklusjonskriteriene. Begge audiografene var villige til å hjelpe. På begge stedene tok audiografen selv kontakt med to høreapparatbrukere som kunne passe til studien. Da brukerne hadde stilt seg positivt til å være med, oversendte audiografene kontaktinformasjon, slik at jeg kunne sende informasjonsskriv og ringe informantene for å avtale tidspunkt for intervjuet.

For å velge hvilke to ØNH-kontor jeg skulle kontakte for å få informanter gikk jeg ut fra Hørselshemmedes landsforbunds dokument om hvilke avtalespesialister og offentlige hørselssentraler som formidler høreapparater i Norge (HLF, 2012a). Jeg hadde på forhånd bestemt meg for to områder jeg ville at skulle være informantgrunnlaget mitt, blant annet på grunn av at stedene var ulike med tanke på at de lå i forskjellige landsdeler og hadde store variasjoner i befolkningstall. På det minste stedet jeg ville få tak i informanter fra var det kun et ØNH-kontor, og da ble det et naturlig valg. På det andre stedet var det flere å velge mellom, så jeg valgte da et helt tilfeldig kontor, som jeg forsøkte å få kontakt med. Da jeg ikke fikk svar valgte jeg å sende mail direkte til en audiograf jeg hadde mailadressen til, slik at jeg kunne få fortgang i prosessen med å få på plass informanter. Audiografen var imøtekommende og villig til å hjelpe meg med å skaffe informanter til prosjektet.

Inklusjonskriteriene for å være med i studien var i utgangspunktet at informantene må ha diagnosen presbycusis, bruker høreapparat og helst ha fått det for første gang innen de 5 siste årene, er pensjonister og ikke har noen tilleggsvansker. Grunnen til at jeg valgte at informantene skal være pensjonister er at fokuset da naturlig vil ligge på rehabilitering i hjemmet og på fritiden, istedenfor på arbeidsplass. Med en eller to informanter i arbeid, ville det blitt vanskeligere å kode dataene, og jeg vurderer det dit at det heller ikke ville tilført noe viktig til studien. Jeg har også satt som inklusjonskriterier at informantene ikke skal ha tilleggsvansker (som for eksempel demens eller kognitiv svikt). Dette valgte jeg fordi tilleggsvansker kan være et hinder i datainnsamlingen og dermed for studien. Dersom informantene hadde hatt tilleggsvansker er sjansen stor for at de også ville hatt flere rehabiliteringsbehov, og at hovedtyngden av rehabilitering ikke nødvendigvis hadde ligget på hørsel, som er denne oppgavens fokus.

Informantgruppen i denne studien strekker seg i aldersspennet 70 til 92 år, og det er likevekt mellom menn og kvinner. Alle informantene var pensjonister og hadde ingen tilleggsvansker av betydning. Imidlertid hadde det oppstått en feil i inklusjonskriteriene ved verving av en av informantene. Vedkommende hadde hatt høreapparat i mellom ti og tolv år. Informanten kunne imidlertid gi gode beskrivelser av prosessene det hadde vært å få høreapparat. Dette gjorde at det ikke var noe problem å benytte informasjonen som ble gitt. Grunnen til at det hadde blitt satt en grense ved fem år, var for å være sikker på at informantene hadde hørselsrehabiliteringen friskt i minne, og når det ikke var et problem, så jeg ingen grunn til at denne personen ikke kunne brukes som informant.

3.2.3 Intervjuguide

Med semistrukturert intervju som forskningsdesign må det utarbeides en intervjuguide som er forskerens verktøy i selve intervjusituasjonen (vedlegg 3). Den må omhandle de temaene og ta opp de spørsmålene som er viktig for å få svar på problemstillingen som er utarbeidet (Dalen, 2011). Dalen (2011) skriver at det er viktig å tenke over følgende momenter når du skal utarbeide en intervjuguide; er spørsmålene tydelige, leder de, krever de spesiell informasjon eller kunnskap, er spørsmålene for sensitive og gir spørsmålene rom for at informantene kan svare det de vil?

Selv delte jeg intervjuguiden inn i tre hovedtemaer, som skulle fungere som et skjelett for å kategorisere spørsmålene. Dette gjorde jeg for å gjøre den mest mulig oversiktlig både for

meg og for informanten i intervjusituasjonen, og med tanke på senere koding av datamaterialet. Kruuse (1999) påpeker viktigheten av en logisk oppbygd intervjuguide for å skape helhet i situasjonen. Dalen (2011) anbefaler å bruke det såkalte «traktprinsippet» i utarbeidelsen av en intervjuguide. Det innebærer å starte intervjuet med spørsmål som er lett å snakke om, og som ikke er av sensitiv art eller av andre grunner er vanskelige emner å snakke om. Etter å ha presentert meg, snakket om selve prosjektet og samtykkeerklæring, ville jeg starte med det første temaet som er «informantens dagligliv». Dette er et tema det går an å snakke mye om, og jeg vurderte det til å være det mest åpne temaet som også var en naturlig innledning for videre samtale. Jeg tenkte at i tillegg til at informanten kan snakke seg varm om dagliglivets forhold, ville det også hjelpe meg med å få et overblikk over informantens familie, gjøremål i hverdagen og andre hobbyer og interesser. De to andre overordnede temaene jeg la opp til var «hørselstapet og dets påvirkning på dagliglivet» og «rehabiliteringsprosessen».

Disse temaene kan være to mer sensitive temaer enn det første på grunn av at det handler direkte om informantenes hørselshemning, som kan være et sår tema av ulike grunner. Derfor er det hensiktsmessig at samtalen er innledet over temaer som gjør at man kan oppleve å kjenne hverandre noe bedre før man går inn på denne type temaer. I tillegg til å «varme opp» informanten, kan det være lurt å starte de sensitive temaene med introduksjonsspørsmål. Dette er et spørsmål som favner bredt, og kan bidra til at informanten kan komme med rike beskrivelser om temaet (Kvale & Brinkmann, 2012). I dette tilfellet valgte jeg at introduksjonsspørsmålet i tema 2 skulle være «hva kan du fortelle meg om ditt hørselstap?». Dette er et spørsmål som alle informantene i større eller mindre grad skal kunne svare på, og kan være en inngangsport til spørsmål som for noen kan oppleves som vanskeligere. Med dette spørsmålet håpet jeg på å få svar på informantens kunnskap om egen hørsel, og det er et spørsmål det er lett å følge opp med relevante oppfølgingsspørsmål hvis informanten ikke har mye å komme med på eget initiativ.

Med temaene «informantens dagligliv», «hørselstapet» og «hørselsrehabilitering», og relevante spørsmål til hver kategori, mener jeg at intervjuguiden hadde de elementene den behøvde for å kunne bidra med ny kunnskap til forskningsspørsmålene mine. Under arbeidet med intervjuguiden så jeg imidlertid viktigheten av at den måtte være tilstrekkelig gjennomarbeidet for å være det gode verktøyet for studien den var ment å være. Hvordan spørsmålene burde stilles var noe som måtte arbeides med over tid for å utvikle guiden. Blant

annet var det viktig å tenke på at jeg skulle lytte aktivt under intervjuene, for å kunne oppdage at enkelte spørsmål kunne være overflødige hvis de ble besvart på et tidligere tidspunkt i intervjuet. Kvale & Brinkmann (2012) sammenlikner et intervju med et parti sjakk. For hvert trekk forandres stillingen på brettet, og man må tenke ut nye måter å komme fremover på. For å kunne være litt forberedt på disse situasjonene lagde jeg en del oppfølgingsspørsmål og eventuelt-spørsmål som kunne benyttes dersom ting jeg lurte på uteble under temaer hvor jeg i utgangspunktet hadde trodd det ville komme frem. Vissheten om at slike situasjoner kunne forekomme var likeså viktig som å forsøke å forberede seg på det skriftlig.

Selv om det i teorien kan virke enkelt og greit å benytte seg av intervju som forskningsdesign, fikk jeg oppleve at det er uhyre mer krevende i praksis. Jeg gjorde et pilotintervju med en dame som oppfylte inklusjonskriteriene i forkant av det første intervjuet. Dette var nødvendig og nyttig for å kunne være godt forberedt på de faktiske intervjusituasjonene. Ved å lytte til opptaket jeg hadde gjort, kunne jeg vurdere meg selv som intervjuer, samt avdekke hvilke spørsmål i intervjuguiden som falt igjennom uten å tilføre noe viktig til studien. Etter pilotintervjuet fikk jeg også lagt til og omformulert flere av spørsmålene, samt forberedt meg på at det kunne oppstå situasjoner hvor jeg ikke kunne følge guiden. Dette var verdifulle erfaringer som bidro til å trygge meg i de senere intervjusituasjonene.

3.2.4 Gjennomføring av intervjuer

Når man skal gjøre en studie som inneholder personopplysninger som skal lagres elektronisk, må man melde inn prosjektet og få det godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Dette ble innført når personopplysningsloven kom i 2001 (Dalen, 2011). Når man sender inn meldeskjema til NSD må du gjøre rede for hvordan studien din er lagt opp, både med tanke på utvalg, lagring av opplysninger, publisering av forskningsresultater og hvordan intervjuguiden din skal se ut. Da jeg fikk godkjenning av NSD til prosjektet mitt (vedlegg 1), startet jeg prosessen med å få kontaktinformasjon og kontakte informantene mine.

Under alle fire intervjuer ble det benyttet opptaksutstyr, slik at fokuset kunne ligge på informanten og vedkommendes fortellinger. Jeg valgte å bruke min egen telefon som taleopptager. Dette er en telefon av merke Samsung Galaxy s4 active, som har god gjengivelse av stemmer. Det ble utprøvd under pilotintervjuet, og fungerte optimalt. Dalen (2011) anbefaler at opptaksutstyr benyttes, slik at informantens egentlige uttalelser blir ivarettatt. Alle informantene var fortrolig med at samtalen ble tatt opp.

De tre første intervjuene ble gjort i informantenes hjem. Dette opplevde jeg som positivt, spesielt fordi det var informantenes arena. Et av intervjuene ble gjort på et møterom i et bibliotek, fordi det av praktiske grunner ikke passer å ha det i hjemmet. Jeg var veldig spent på hvordan dette intervjuet skulle bli i forhold til de andre, siden stedet var nøytralt for begge parter. I de tidligere intervjuene i informantenes hjem var det naturlig å snakke litt løst og fast om hjemmet deres og ha en liten «sofaprat» før intervjuet startet. Dette viste seg imidlertid å fungere veldig fint og jeg kunne ha kontroll over plassering. I tillegg hadde rommet svært gunstige lydforhold, noen som passet godt siden informanten hørte veldig dårlig.

Jeg hadde på forhånd gitt et signal om at intervjuene skulle vare i maksimum en time. Tidsbruken på selve intervjuet varierte imidlertid fra omlag en halv time til en time. Det var stor forskjell på hvor mye informantene snakket, både om og utenfor temaene. Flere ganger måtte jeg forsøke å peile intervjuene inn på rett spor, og også stokke om på mye av intervjuguiden. Spesielt under et intervju startet informanten selv å snakke om sitt hørselstap og hvordan høreapparattilpasningen hadde foregått. Jeg måtte hele tiden lytte aktivt for å høre etter hvilke temaer som kom opp og når jeg skulle stille oppfølgingsspørsmål, i tillegg til å passe på å få med de viktigste elementene i intervjuguiden. Selv om det var krevende, fikk jeg mye god informasjon og levende beskrivelser av informantens erfaringer med å høre dårlig og av hørselsrehabiliteringen. Jeg erfarte generelt at det var vanskeligere enn antatt å bruke ulike intervjuteknikker i en autentisk situasjon, enn i en tenkt situasjon. På forhånd var jeg veldig bevisst at jeg skulle passe på å lytte aktivt og speile informantenes fortellinger, slik at jeg var sikker på at jeg hadde forstått det de fortalte slik de mente det. Jeg skulle også være flink til å ikke stille ledende spørsmål, heller oppklarende og oppfølgende spørsmål. Til tross for bevissthet på dette, var det utfordrende å gjøre da jeg var i situasjonen, og når svarene kom litt bardust på.

Intervjuene ble gjort på ulike tider av dagen. De intervjuene som ble gjort på morgenen eller formiddagen var de intervjuene jeg selv syntes gikk best. Å ha et intervju krever fullstendig fokus, og er dermed vanskelig å utføre når du er sliten. Et av mine intervjuer var på ettermiddagen, etter en lang skoledag, og jeg syntes selv at det var vanskelig å konsentrere seg og få til den gode samtalen. Informanten min så imidlertid ikke ut til å la seg merke med det.

3.3 Bearbeiding av datamaterialet

3.3.1 Fenomenologi

På bakgrunn av mitt ønske om å få et innblikk i eldre mennesker med høreapparats opplevelse av hørselsrehabilitering var det naturlig å arbeide ut fra en fenomenologisk forståelsesramme. Fenomenologien tar utgangspunkt i å studere et fenomen ut fra individets erfaringer (Szklański, 2009). I mitt tilfelle er fenomenet som skal studeres hørselsrehabilitering. Merriam (1998, referert i Szklański, 2009) legger to kriterier til grunn for en fenomenologisk tilnærming. Det som skal forskes på må være et fenomen og forskeren må sikte seg inn mot å få frem essensen i det valgte fenomenet. Spekteret på hva et fenomen er, kan sies å være relativt stort, det kan være noe så spesifikt som å være student eller å være utviklingshemmet, men det kan også være et fenomen som er bundet av allmenn interesse i tiden, som for eksempel opplevelsen av å være småbarnsmor som ikke har barnet i barnehage.

Med utgangspunkt i en fenomenologisk tilnærming vil mitt prosjekt ha som mål å søke etter essensen, altså de viktigste bestanddelene av fenomenet hvordan hørselsrehabilitering i Norge oppleves. For å klare dette må man sette seg inn i andre menneskers livsverden, med andre ord må man møte mennesket med åpent sinn og det Dalen (2011) beskriver som en noe naiv holdning. Med en fenomenologisk tilnærming i intervjuene, vil det være fokus på det empiriske materialet heller enn en bestemt teori (Szklański, 2009). Å se fenomenet fra informantens side er det ideelle i en studie som min, men enhver forsker vil inneha en forforståelse av et fenomen. På forhånd av intervjuet er det utarbeidet en intervjuguide. Denne guiden er i stor grad bygget på et teoretisk bakteppe. Jeg måtte lese mye teori om fenomenet for å kunne gjøre meg opp noen tanker om hvilke spørsmål som kunne være relevant å stille. Man kan derfor ikke si at jeg kun har tatt utgangspunkt i empirien i denne studien, men at det allikevel er informantenes opplevelse av fenomenet som har stått i sentrum for forskningen.

3.3.2 Transkribering

Å transkribere er prosessen hvor lyd blir til skrift (Kvale & Brinkmann, 2012). Når materialet skifter form fra lyd til skrift, kan det også tenkes at noe går tapt med formskiftet. Dalen (2011) legger vekt på at transkriberingen bør gjøres av forskeren selv, slik at forskeren er den som overfører lyden til tekst, og dermed har kontroll på at det blir riktig gjengitt. Selv om

transkripsjonen er en direkte gjengivelse av den det muntlige datamaterialet, vil ikke meningen med utsagnet nødvendigvis bli oppfattet slik det i utgangspunktet var tenkt i en skriftlig tekst. Pauser, stemmeleie og intonasjon blir borte og bidrar til at forskeren kan fortolke teksten annerledes, som igjen kan svekke forskningen. I denne studien var det ingen ting som skulle tilsi at det var nødvendig å bruke andre personer til transkriberingen. Jeg opplevde transkriberingen som svært nyttig. Det å måtte gå tilbake for å høre opptakene flere ganger bidro til at jeg kunne forstå det som hadde blitt sagt på en annen måte enn i intervjusituasjonen. Imidlertid oppdaget jeg også under transkriberingen at det var flere oppfølgingsspørsmål jeg burde ha stilt underveis i intervjuene. Transkriberingen gjorde jeg mellom hvert intervju, over et tidsrom på fire uker. Dette gjorde at jeg hadde tid til å reflektere over et intervju i god tid før det neste, og at jeg kunne ta med meg viktige erfaringer og muligheter for forbedring fra de intervjuene som allerede hadde blitt gjort, i det videre intervjuarbeidet.

3.3.3 Analyseprosessen

Det er vanlig å se på resonering innenfor forskning som enten induktiv eller deduktiv. Induktiv resonnering trekker slutninger på bakgrunn av enkelttilfeller. På grunn av dette kan man ikke være sikker på om denne slutningen er sann. All induktiv resonnering har erfaring og observasjon som fundament (Kvernbekk, 2002). Deduktive slutninger, på den andre siden bygges på teori, og har som utgangspunkt at alle påstander må testes for å se om de er sanne (Kvernbekk, 2002). Teorien må med andre ord utprøves gjennom datainnsamling og analyse. I min analyse har jeg brukt en abduktiv tilnærming, det Tangen (1998, referert i Dalen, 2011) kaller en vekselvirkning mellom induksjon og deduksjon. Med dette mener jeg at jeg tar utgangspunkt i datamaterialet når jeg utvikler kategorier. Samtidig vil det også ligge en teoretisk forankring i selve datamaterialet, siden intervjuguiden i noen grad er bygget på bakenforliggende kunnskaper ervervet fra litteraturen. Analysekategoriene er et resultat av vesentlige bestanddeler fra datamaterialet som har deler av teori som forankring.

I prosessen med koding og analyse av datamaterialet, tok jeg som sagt utgangspunkt i de transkriberte tekstene. Jeg leste først gjennom alt datamaterialet, og noterte underveis mulige kategorier for videre arbeid med dataene. Etter å ha lest grundig gjennom alle transkripsjonene to ganger, tok jeg en avgjørelse for hvilke kategorier som løftet seg frem som klare kategorier for hva informantene hadde fortalt, og som var viktige for

problemstillingen. Videre ble intervjuene kodet med de ulike kategoriene, – først på papir med farger, deretter i Word. Her tok jeg utgangspunkt i en kategori om gangen, slik at jeg hadde den samme forståelsen for kategorien i alle intervjuene. Denne prosessen var svært nyttig for analyseprosessen, siden jeg så nye ting i materialet da jeg skulle gjøre denne kodingen på nytt fra manuelt til digitalt. På dette tidspunktet hadde jeg 12 kategorier, som jeg senere halverte da jeg så at flere av kategoriene i noen grad handlet om den samme tematikken. Jeg så at jeg hadde en del dobbel-koding, og dette var også en påvirkende faktor for å slå sammen kategorier. Etter at kodingen av datamaterialet var gjort, gjorde jeg en meningskondensiering som samlet de meningsbærende enhetene fra alle informantene innenfor de ulike kategoriene. Dette ga et helhetlig bilde av informantenes opplevelser. Deretter gikk jeg gjennom de meningsbærende utsagnene i hver kategori, og fant sitater som belyste kategoriernes innhold. I denne prosessen fant jeg også subkategorier, som jeg ikke hadde sett ved de første rundene med koding. Disse subkategoriene ble til da jeg så at det innenfor noen kategorier klart utpekte seg enkelte temaer som burde belyses alene, men i sammenheng med kategorien. Noen kategorier fikk dermed subkategorier, altså kategorier under hovedkategoriene, som gjorde presentasjonen og drøftingen av resultater mer strukturert og lettere å følge. Disse subkategoriene kan bidra til at relevante nyanser av fenomenet avdekkes (Malterud, 2011). Dette gjorde de også i min studie, da jeg fikk et mer detaljert og nyansert bilde innenfor de overordnede kategoriene. Fremstillingen av data vil også bli mer ryddig med subgrupperinger under kategorier med mye meningsinnhold

3.4 Studiens kvalitet

En studies kvalitet, troverdighet og funnenes styrke vises gjerne ved å drøfte validitet og reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2012). Jeg vil videre redegjøre disse begrepene og se de i lys av min studie.

3.4.1 Validitet

Spørsmålet om validitet, er spørsmålet om en studie undersøker det den er ment å undersøke, altså et spørsmål om studiens gyldighet. En studie skal være gjennomgående valid, og validiteten må derfor ha blitt reflektert rundt i alle ledd av studien (Kvale & Brinkmann, 2012). Å sikre studiens validitet må gjøres på mange måter. Maxwell (1992) deler validitet

inn i fem kategorier; *deskriptiv validitet*, *tolkningsvaliditet*, *teoretisk validitet*, *generaliseringsvaliditet* og *evalueringsvaliditet*.

Deskriptiv validitet handler om hvorvidt datainnsamlingen er gjort på en nøyaktig måte (Maxwell, 1992). Jeg har etterstrebet å forklare detaljert hvordan jeg har gått frem i alle prosjektets faser. Å utføre pilotintervju og teste båndopptaker, for å kunne justere eventuelle feil eller gjøre forbedringer er ting som minsker truslene mot validitet, og dette var ting jeg var nøye med i startfasen av prosjektet. Riktige og nøye gjennomførte transkripsjoner vil minimere truslene mot deskriptiv validitet, og klargjøre dataene for tolkning og analyse (Maxwell, 1992). Under transkriberingen gikk jeg nøye igjennom lydsporene, og alle setninger ble lyttet til to ganger.

Ved god *tolkningsvaliditet* er datamaterialet tolket slik at informantens meninger ligger til grunn (Maxwell, 1992). Ilegger du utsagnene annet meningsinnhold enn det er belegg for? Og gir kategoriene mening for problemstillingen? Dette er spørsmål man skal reflektere over for å sikre tolkningsvaliditeten. Man skal forsøke å finne den indre sammenhengen i datamaterialet og utvikle en dypere forståelse for temaet (Dalen, 2011). Ved å ta utgangspunkt i dataene i analyseprosessen for å finne ut hva som var de mest fremtredende temaene hos informantene, prøvde jeg hele tiden å være bevisst å ikke problematisere tolkninger som kanskje ikke fantes. Å ikke ilegge utsagnene mer mening og alltid presentere utsagnene i riktig kontekst i resultatpresentasjonen og diskusjonen ble gjort for at dataene ikke kunne tolkes tvetydig. Dalen (2011) påpeker at man skal passe på å ikke problematisere datamaterialet. Likevel skal det reflekteres over nyansene i dette. Underveis i intervjuene forsøkte jeg å stille oppklarende spørsmål og spille informantene, slik at vi hadde en felles forståelse for det som ble sagt. Dette er positivt for tolkningsvaliditeten, da det er mindre sjanse for å ilegge utsagnene annen mening enn informanten i utgangspunktet hadde. Det er likevel ingen sikkerhet i at tolkningsvaliditeten er god nok, da det kun er jeg som har arbeidet med materialet, og selv om det ikke er gjort med overlegg, kan noe av materialet ha blitt feiltolket. Forforståelsen og det teoretiske bakteppe jeg hadde før studiens start kan ha bidratt til at dataene kan ha blitt tolket med utgangspunkt i dette. Som nevnt i forrige avsnitt ble transkripsjonene gjort nøyaktig, men de ble ikke kryssjekket med informantene eller transkribert av to forskere, noe Kvale og Brinkmann (2012) anbefaler. Dersom det hadde blitt gjort, kunne det oppklart eventuelle misforståelser og sikret tolkningsvaliditeten ytterligere.

Teoretisk validitet handler om hvilken teori forskeren velger å benytte i forskningen sin. Det er et spørsmål om hvor relevant teorivalget er for undersøkelsen (Maxwell, 1992). I min studie har jeg valgt å redegjøre for litteratur om eldre, hørsel og rehabilitering som skal gi leseren en forståelse av tematikken. Det er også brukt mange forskningsartikler som belyser viktigheten av dette. Det er henvist til et bredt spekter av teori, noe som bidrar til at et enkelt syn ikke vil bli gjeldende. Litteraturen belyser problemstillingen og kan i stor grad sees i sammenheng med mine funn.

Generaliseringsvaliditet er spørsmålet om resultatene fra en studie kan overføres til en populasjon. Resultatene fra kvalitative studier er sjelden generaliserbare, siden det er snakk om små utvalg (Maxwell, 1992). Med min studie ønsker jeg å si noe om eldre hørselshemmedes opplevelser. Selv om utvalget er lite, er informantene tilfeldig valgt av audiografen innenfor kriteriene som ble satt. Ingen av informantene meldte seg selv til prosjektet, noe som ikke tilsier at de er mer motivert enn andre til å delta. Jeg kan si noe om deres opplevelse, men disse kan ikke overføres til en hel populasjon. Resultatene kan imidlertid overføres til en lignende kontekst. For å styrke generaliseringsvaliditeten har jeg forsøkt å presentere studien så tilstrekkelig som mulig, slik at leseren kan vurdere hvorvidt disse resultatene kan sees i sammenheng med lignende situasjoner.

Evalueringsvaliditet handler om hvordan leseren kan evaluere de valg, slutninger og tolkninger forskeren har gjort i prosjektet, og dermed kunne evaluere studien i sin helhet (Maxwell, 1992). I kvalitative studier er det derfor av betydning at leseren skal kunne se hva som er resultater og hva som er forskeres tolkning. For å minske trusselen mot evalueringsvaliditet har jeg valgt å dele resultat- og diskusjonskapitlet mitt i resultater av data i hver kategori, med en påfølgende drøfting. For å klargjøre det ytterligere har jeg valgt å dele det med overskrifter, så det ikke skal være tvil om hva som er ren presentasjon, og hvor mine tolkninger og diskusjon kommer inn.

3.4.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvorvidt studien er pålitelig (Kvale & Brinkmann, 2012). Det er spørsmålet om en annen forsker ville fått de samme svarene som deg. I mitt tilfelle, hvor jeg har benyttet en kvalitativ intervjustudie vil det kunne være vanskelig å etterprøve, siden de fleste kvalitative studier er kontekstavhengige, informantens dagsform kan være ulik, opplevelsene kan ha endret seg med tiden, svarene kan endre seg med en annen forsker og

informanten kan ha fått bredere innsikt i temaet etter første intervju. Siden det kan være vanskelig å etterprøve et intervju sier Dalen (2011) at man som forsker må være særdeles nøyaktig med å beskrive alle trinn i forskningsprosessen. Som Dalen (2011) påpeker at man skal gjøre, har jeg beskrevet prosessen med å lage intervjuguide, utført intervjuene, beskrevet forhold som omfatter meg som forsker og hvordan jeg har gått frem i det analytiske arbeidet, slik at en annen forsker skal kunne sette seg inn min forskningsprosess. Dette bidrar til å sikre studiens validitet (Dalen, 2011).

3.5 Etiske hensyn i studien

Uansett hvilket forskningsmetode- og design man velger til et prosjekt, vil man komme borti noen etiske dilemmaer som må reflekteres over. Jeg valgte å benytte intervju som forskningsdesign. Kvale & Brinkmann (2012) legger vekt på at de etiske dilemmaene ikke bare kan oppstå i selve intervjusituasjonene, men i alle faser av forskningsprosjektet. Spørsmål som «kommer temaet til gode for gruppen som forskes på?», «hvilke konsekvenser vil studien og intervjusituasjonen ha for informantene?», «er transkripsjonene riktige med tanke på de muntlige uttalelsene?», «blir uttalelsene tolket riktig og blir alt av viktig innhold plukket ut?» og «er spørsmålene som stilles kritiske nok?», er viktige å forholde seg til i arbeidet med et intervjuprosjekt (Kvale & Brinkmann, 2012). Disse spørsmålene var spørsmål jeg har reflektert over både før og underveis i studien. Jeg mener at studien i stor grad kan komme til gode for informantene, siden den vektlegger viktigheten av et godt rehabiliteringstilbud. Siden jeg selv utførte intervjuene og transkriberte dataene samme dag som intervjuet fant sted, mener jeg at de etiske hensynene til informantenes utsagn er tatt høyde for. Som jeg har forklart tidligere (jf. 3.3.3) valgte jeg en analyseprosess der kategoriene ble bestemt ut fra informantenes utsagn, noe som styrker informantenes stemme og i mindre grad utelukker innhold som kan være viktig for informantene, i motsetning til om kategoriene hadde blitt til på forhånd. Jeg har også vært påpasselig med å ikke bruke sitater utenfor kontekst. Om spørsmålene i intervjuguiden var kritiske nok er vanskelig å svare entydig på, men med en intervjuguide som var redigert i flere ledd, og sett på av flere personer, mener jeg at det ikke skal ligge noen etiske konflikter i spørsmålene som ble stilt.

Spørsmålene Kvale & Brinkmann (2012) stiller, går i stor grad inn på mye av de samme som forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi gjør. Disse retningslinjene ble utarbeidet og tatt i bruk i 1993, og er viktige for å holde en standard for

etikk og moral i forskningssammenheng (NESH, 2009). I mitt prosjekt var ikke alle punktene i NESH like viktige, men spesielt tre punkter har vært vesentlige for å sikre at etiske hensyn i stor nok grad blir tatt. Punkt åtte, som omhandler at det er et krav til å informere de som skal delta i forskningsprosjektet, er et av disse. Dette punktet sier noe om at alle som deltar i et forskningsprosjekt skal informeres om prosjektet og hvordan, i mitt tilfelle, intervjuet skal foregå. Det neste punktet, punkt ni, kravet til informert og fritt samtykke innebærer at informanten skal samtykke fritt i å være med på intervjuet, og informeres om at man når som helst kan trekke seg fra studien. I mitt prosjekt ble all informasjon gitt i starten av hvert intervju, før vi startet samtalen, og før båndopptakeren ble slått på. Noen av informantene spurte også litt på forhånd, i innledende telefonsamtale om hva intervjuet skulle omhandle og litt om hva informasjonen skulle brukes til. Alle informantene fikk et informasjonsskriv (vedlegg 2) hvor prosjektet er beskrevet, samt at min og veileders kontaktinformasjon er å finne der. Informantene skrev også under på en samtykkeerklæring etter å ha fått all nødvendig informasjon. I tillegg til at det skal være informert og fritt samtykke i forskningsprosjekter, sier punkt 14 at det kreves konfidensialitet om det informantene gir av informasjon. Det er av viktighet at informantene ikke kan identifiseres i forskningsarbeidet, og at alt av samtykkeskjemaer og kodingsnøkler er forsvarlig oppbevart, slik at bare de innlemmede i forskningsprosjektet har tilgang til dette. Alle informantene ble informert om at all informasjon som ble delt under intervjuene er konfidensielt og at deres deltakelse er anonymisert. Alle data ble under hele prosjektperioden forsvarlig oppbevart etter NESH' standard. Av hensyn til konfidensialitetsprinsippet har jeg valgt å ikke si noe om hvor i landet og hvilke avtalespesialister jeg har vervet informantene mine fra.

4 Resultater og diskusjon

I dette kapitlet vil jeg presentere resultatene fra intervjuene jeg har gjort, og drøfte disse opp mot foreliggende teori og forskning. Resultatene vil bli presentert gjennom seks kategorier som ble arbeidet frem under analyseprosessen.

De seks kategoriene som tilslutt ble gjeldende for analysen er:

1. «Hørselstap og høreapparat»
2. «Familien og omgangskretsens betydning»
3. «Informasjon og tjenestenes tilgjengelighet»
4. «Læring og oppfølging»
5. «Kommunikasjon»
6. «Strategier»

Disse kategoriene løfter frem informantenes opplevelser av hørselsrehabilitering i forbindelse med å ha et ervervet hørselstap og ha fått tildelt høreapparat. Jeg vil presentere kategoriene som en helhet, men jeg vil belyse helheten ved å presentere utsagn fra informantene under hver kategori og subkategori. Det er informantenes opplevelser som skal være i fokus og kategoriene er laget på grunnlag av det empiriske materialet.

Kategoriene viser informantenes opplevelse av hørselstapet og av høreapparattilpasning og oppfølging i tilknytning til dette. Samtidig er det som kommer frem innenfor kategoriene viktig informasjon for hvordan hørselsrehabiliteringen har fungert for dem og hvilke behov de har i forbindelse med hørselstapet sitt.

Videre i kapitlet vil jeg presentere de funnene jeg har gjort innenfor hver av de seks kategoriene. Jeg har sett på dataene som en helhet, men jeg belyser dem gjennom enkeltinformanternes utsagn. Etter hver kategori, eller subkategori der det finnes, vil jeg drøfte mine resultater opp mot gjeldende teori.

4.1 Presentasjon av informantene

Jeg hadde fire informanter i denne intervjuundersøkelsen, hvor to er menn og to er kvinner. Alle er eldre høreapparatbrukere og aldersspennet er stort. Alderen på informantene er følgende: 70 år, 73 år, 83 år og 92 år. Informantene bor i egen bolig, to alene og to sammen med ektefeller. Alle har familie i nærheten.

Informantene har nedsatt hørsel, men siden jeg ikke har hatt tilgang på audiogrammene deres kan jeg ikke si noe om hvor dårlig hørselen deres er. Tre av informantene hadde fått høreapparat innenfor de 3 siste årene, mens en av informantene hadde hatt høreapparat i omlag 20 år.

4.2 Hørselstap og høreapparat

4.2.1 Innsikt i egen hørsel

Presentasjon av data

De fleste informantene forteller om en gradvis svekket hørsel, som de merket på blant annet økende lydstyrke på TV og ved at familien reagerte på en gravis dårligere hørsel.

Informantene kan i ulik grad si noe om eget hørselstap. De kan beskrive hvilket øre de hører best og dårligst på og si noe om hva de opplevde under høreapparatkonsultasjonen.

En av informantene svarer bare hvilket øre som er best og hvilket som er dårligst på spørsmål om hva vedkommende vet om eget hørselstap. Som vi ser i sitatet nedenfor, viser en annen informant liten innsikt i eget hørselstap, da vedkommende ikke vet at aldersrelaterte hørselstap er tap som pleier å progrediere med alder:

«Så gikk jeg til ørelegen der oppe på X [stedsnavn], og han sier at nei, han syntes ikke jeg hørte særlig dårlig, men han syntes jeg var på... på vippepunktet. [...] Og det kan jo tenkes at hvis jeg begynner å høre dårligere med tiden, siden jeg er tre og åtti år, men jeg vet ikke... det kan jo hende at hørselen stadig blir mindre... jeg vet ikke?»

To av informantene har teorier om hvorfor de har dårlig hørsel, men de har ikke noe håndfast å vise til. Den ene informanten forteller at han har vært eksponert for støy over tid, i tillegg til impulsstøy. Han forteller dette om hørselstapet sitt:

«Deeeet begynte vel egentlig for tjue år siden. At det... ble veldig vanskelig å oppfatte ting. Spesielt med venstre øre. Det kommer seg antagelig noe av en smell. Jeg hører egentlig godt lyder... uten høreapparat også, men jeg greier ikke oppfatte det som blir sagt...»

Den andre informanten forteller om at han var utsatt for en arbeidsulykke hvor han brente hull i trommehinna. Han hadde da vært hos ØNH-lege som hadde fortalt at det ville gro igjen, men informanten gir uttrykk for at han ikke vet om det har skjedd. Han forteller:

«Jeg hører atskillig dårligere på høyre øret enn på venstre. [...] Det blir jo gradvis dårligere og dårligere. Og det er ingenting som har sagt at det plutselig ble dårligere, bortsett fra det hullet. Og jeg vet ikke om det ble så mye dårligere om det, det skal jeg ikke påstå... for det er såpass lenge siden... menne... De har jo gradvis blitt dårligere begge to, men det høyre har blitt gradvis fortere dårligere enn det venstre, da.»

Diskusjon

Disse utsagnene indikerer at informantene i liten grad kan si noe om årsak til at de hører dårlig og hva som kjennetegner hørselstapet deres. To av informantene fortalte om yrkesskader og en av dem fortalte om støybelastning over flere år. Det ser imidlertid ikke ut som informanten vet noe mer om hvordan en støyskade virker inn på taleoppfattelsen, og at den vil bidra til at det blir problematisk å forstå tale.

Utsagnet fra den andre informanten som hadde hatt en arbeidsulykke viser at informanten i liten grad vet hvordan denne arbeidsulykken har påvirket hørselen, siden han sier at legen trodde det skulle gro igjen og «at det antageligvis har gjort det», selv om dette var for om lag 15 år siden. Dette kan tyde på at informanten har fått lite informasjon om hvordan denne hendelsen har påvirket hørselen, og det kan være et usikkerhetsmoment i viten om egen hørsel og hvordan den fungerer.

Manglende innsikt i eget hørselstap kan skyldes at de i liten grad har fått informasjon om hørselstapet, dets årsak og konsekvenser. Men det kan også ha sammenheng med hvor mye den enkelte informant husker av det som blir sagt under en konsultasjon. Ifølge Lay (1988,

referert i Rao og Fogarty, 2007) husker pasienter bare 40-80 % av informasjon som blir gitt i en slik situasjon, og bare halvparten av det blir husket riktig. Dette sier noe om viktigheten av gjentagende informasjon og at informasjon kan gis gjennom flere kanaler, slik at den enkelte bruker har mulighet til å huske det som blir sagt.

4.2.2 Initiativ

Presentasjon av data

Informantene forteller at de tok kontakt med audiograf på eget initiativ eller ved at noen i familien tok kontakt. Samtlige nevner imidlertid familie som en viktig motivasjonskilde for å gå til anskaffelse av høreapparat. Flere informanter byttet også høreapparater og tok initiativ i utvelgelsen av nye. Dataene viser at informantene ga uttrykk for at de ikke var spesielt interessert i å starte med høreapparat, men de fortalte om at det hadde gått seg til etter hvert. Hvor lang tid de hadde brukt på å bli familiære med høreapparatene var forskjellig fra informant til informant. Det er også stor variasjon i informantgruppen når det kommer til initiativ og bruk av høreapparater. Mens en av informantene kunne fortelle om fortsatt lite bruk av høreapparat et år etter at vedkommende fikk det, forteller en annen informant om at han satte inn høreapparatet med det samme han fikk dem hos audiografen, og at han siden har brukt dem hver dag. En av de andre informantene kan fortelle om at hun benytter høreapparatet fra formiddagen og til kvelden, men at hun ikke hadde vært velvillig innstilt i begynnelsen. For en annen informant måtte det både flere år og nytt høreapparat til før det ble benyttet, men med tiden har vedkommende blitt en trofast bruker, og er nå aktivt med i prosessen med valg av høreapparater. I dette utsagnet snakker informanten om bakgrunnen for valg av nytt høreapparat, av typen du setter inn i øret:

«Det var da jeg sjøl som ønsket det, da. For at jeg har... jobber fortsatt littegran som håndverker, og dessa der på skytinga, som går bak ørene slik og hørselvern, det er messom så dum en kombinasjon»

Denne informanten hadde også tatt initiativ for å skaffe seg en samtaleforsterker. Dette gjorde vedkommende ved å ringe hjelpemiddelsentralen direkte, etter å ha fått kontaktinformasjon direkte fra venner i Hørselshemmedes Landsforbund (HLF).

Alle informantene fortalte at de hadde vært hos audiografen for oppfølging og justering av høreapparatene flere ganger, og omtrent samtlige timer var det audiografene selv som hadde satt opp. Videre presenteres noen utsagn som kan vitne om liten grad av initiativ hos informantene:

«Alle var sånne oppfølgingstimer. Alle timan. Det var ingen som ble bestilt av meg, bortsett ifra den gangen den slangen gikk. Den siste gangen, da jeg var der og bytta slange.»

«Nei, jeg har gått på eget initiativ. [...] Eh... jeg tror faktisk. Når jeg tenker meg om, så tror jeg faktisk at den ene gangen jeg var der, så fikk jeg time... eh... på forhånd... en stund etterpå... Men nå husker ikke jeg hvor lang tid det var»

«Nei, det var jentene som oppdaga det... «nå hører du litt lite, mamma. Nå skal jeg bestille time for deg»»

«Synes ikke jeg trenger noen oppfølging, sånn egentlig»

Diskusjon

Det første utsagnet i subkategorien, om valg av høreapparat vitner om en initiativrik klient, og en høreapparatilpasningsprosess hvor valg av høreapparat er noe klienten har hatt stor påvirkning på. Norsk Standard sier at klienten skal velge apparater ut fra et informert valg (Standard Norge, 2010). Denne informanten fikk et høreapparat tilpasset både hørsel og daglig aktivitet. Informanten mente også at man må stille spørsmål til hva man vil prioritere ved et høreapparat, og fortalte i den forbindelse at han hadde hatt et høreapparat som var bedre før, men at det ble vanskelig å bruke ved vind. På grunn av dette og en aktiv tilværelse, syntes vedkommende at et høreapparat med dårligere lydutbytte, men med mulighet for aktivitet var et bedre alternativ. Utbyttet til denne informanten ble bedre når høreapparatet kunne brukes i alle sammenhenger og ikke ble vanskelig i bruk på grunn av vind. Dette viser at en høreapparatbrukers initiativ til å delta i utvelgelsen av nytt apparat kan være svært nødvendig for at høreapparatet vil bli brukt jevnlig, til tross for at audiografen i noen sammenhenger kan mene at et annet apparat ville passet bedre med hørselsprofilen. Vi ser at dette valget av høreapparat var et informert valg, og at det var nødvendig for at han skulle bli fornøyd med apparatet. Ut fra dette kan vi se at det er flere aspekter som må spille inn for å lykkes med høreapparatilpasningen, ikke nødvendigvis bare rentoneaudiogrammet.

Flere av informantene har byttet høreapparat når det første ikke var tilfredsstillende. Alle informantene var fulgt opp med flere oppfølgingstimer, og fikk også bedre utbytte ved utvelgelse av nye apparater. Det må kanskje et visst initiativ til for at bytte av høreapparat skjer. Derfor er kunnskap om at utbyttet i noen tilfeller kan bli bedre ved bytte av høreapparat, nødvendig. Dersom man ikke har kunnskap om at det er mulig, eller at det kan være positivt for situasjonene, vil det ikke være naturlig å vise initiativ til byttet selv. Det gjelder på samme måte med kunnskap om at lyden kan bli bedre ved justering av høreapparatene. Dersom brukere har denne kunnskapen, kan det hende at de vil vise mer initiativ. Det er imidlertid svært positivt at brukerne blir innkalt til oppfølging og får nye høreapparater når de ikke er fornøyde, fordi det sikrer at brukeren får oppfølging til tross for lite initiativ.

Standard Norge (2010) sier at det alltid skal avtales en oppfølgingstime etter tilpasningen, og at det på denne timen skal foreslås flere timer. Vi kan tenke oss at det kan gå utover bruken av høreapparatene i de tilfellene hvor brukerne er misfornøyde, men ikke har kunnskap om høreapparatbytte og heller ikke initiativ til å følge opp at man er misfornøyd med apparatene. I disse tilfellene vil initiativ fra høreapparatformidleren være viktig, slik det er nedfelt i Norsk Standard (Standard Norge, 2010).

4.2.3 Aksept, motivasjon og tilvenning

Presentasjon av data

Vi kan se at høreapparat er svært viktig for majoriteten av informantene. Det kan se ut som flere syntes det var en høy terskel for å skulle få høreapparat, og at de i liten grad var selvmotivert for det, men at de viser tilfredshet med å ha gått til anskaffelse av et. De poengter at situasjonen ville vært fortvilet hvis de ikke hadde hatt høreapparat. På spørsmål om hvordan hverdagen hadde vært uten høreapparater kan vi se viktigheten av apparatene:

«Neeheei... da vet jeg ikke hva jeg... da hadde jeg... Nei, da hadde jeg vært veldig fortvila, altså...»

«Og det er liksom ikke bare det at du hører dårlig, men det blir liksom en sånn... hva skal jeg si... si det blir liksom en sånn tom... det blir liksom ikke noe liv omkring deg, da...»

«Nei, det hadde vært fortvila [pause]... du kan si det slik at når jeg tar ut høreapparatene mine om kvelden, så er det veldig greit at jeg bare sier god natt til kjærringa før jeg tar dem ut, for jeg hører ikke noe hvis ho sier noe etterpå.»

Hyppig bruk, fornøyde brukere og stor nytteverdi kan være faktorer som tyder på et akseptert hørselstap og god motivasjon for høreapparatbruk, noe disse utsagnene kan sies å underbygge.

Alle informantene oppgir at de bruker høreapparatene sine, men de er på litt ulike stadier i anvendelsen. Informanten som har brukt høreapparater lengst, har andre tanker om høreapparatets hjelp, enn informanten som bruker høreapparatet minst. Likevel kan det se ut som flere av informantene har vært igjennom det samme stadiet, det å ikke ville bruke høreapparat. Den mest erfarne brukeren fortalte om at han, den dagen han fikk høreapparat noen år etter første gang, bare bestemte seg for å bruke det.

Alle informantene forteller om ulike situasjoner hvor de ikke bruker høreapparatet, for eksempel ved hardt fysisk arbeid eller aktivitet, ute med lue på og ved støy eller høyt volum. De beskriver også at de har vært i gjennom en prosess hvor de ikke ville akseptere hørselstapet, eller forteller at det var ubehagelig eller at de ikke ønsket å bruke høreapparat.

«Så da... da begynte jeg å ha det høreapparatet på meg. Og av og til så glemte jeg det. og... for at jeg tok det ikke på hver morgen. Jeg tok det på litt sann utover dagen. Og jeg hadde det alltid på når jeg har sett på TV.»

«Så da var det bare ja, å ta i mot hørselapparatet da. Hadde ikke så veldig lyst til det.»

«[...] særlig om vinteren så har jeg vært litt redd for å ha dem på. For hvis jeg bruker lue. For at jeg skal miste dem, for at de skal falle av. Så, så ute så bruker jeg det altså ikke»

«[...] Det kommer vel av at jeg, blant annet fikk et høreapparat som trivdes veldig godt i skuffen lenge.»

«Nå på søndag så var jeg på jazzkonsert. Men da fant jeg ut at da kunne jeg ikke bruke det altså. Det var så mye bråk.»

Disse sitatene sier noe om informantenes tilvenningsprosess, og de kan tyde på at det ikke har vært en lett tilvenningsprosess for flere av informantene. Flere av informantene ga også

uttrykk for at lyden var ubehagelig den første tiden, og en beskrev det som at det kom en hel foss inn på badet når han trakk ned i toalettet.

Informantene har imidlertid avfunnet seg med situasjonen og viser nå glede over å kunne bruke høreapparatene:

«Det gikk seg til veldig da, men du... du har jo to alternativer da: det er å forsøke å høre noe, eller ikke å høre noe.»

«Det er bare dette derre der at når man har kommet så langt at man må bruke høreapparat, så må man få den innstillingen i seg, at dette hjelper meg, og at det ikke legger det opp som et problem for seg, for da kommer man ikke så langt med å bruke høreapparat»

«[...]Om jeg sier at jeg ikke hører dårlig, så skjønner jeg jo det at det er sant allikevel... menne... etter at jeg fikk apparatene så synes jeg det er helt greit. Det er ikke noe...»

«Jeg tror mange synes det ikke fungerer og at det er dårlig å bruke det. men jeg tror det er fordi de ikke bruker det, jeg. Du må venne deg til alt. Du må venne deg til alt. Slik er det med briller og progressive glass. Jeg vet ikke hvor mange ganger jeg klev opp på en høvel og skulle gå ned igjen og bomma på trappa som du skulle gå ned.»

«Ellers så må de sitte på hver dag. Ellers er det ingen vits i å ha de.»

«Nei, jeg bestemte meg for det når jeg fikk nye høreapparat, at... det var samme elendigheten når jeg satte i dem igjen som de gamle, men da bestemte jeg meg for at «nå er det bare å sette dem inn, så er de bare der». Og så siden har det vært der»

To av informantene la også til at de syntes det var fint at høreapparatene ikke syntes så godt:

«Nei [ler] hva var det hun sa, hun [audiografen]? Det er champagnefarget så du ikke ser dem. Gjemmer det bak håret.»

«Du ser det ikke engang. Veldig fint at de ikke er sånn... med store klumper i ørene. Det finnes jo det også per dags dato, sånne store du setter i ørene. I så måte er disse veldig fine da.»

Diskusjon

Aksept av hørselstap og motivasjon for høreapparatbruk er helt nødvendige elementer for en positiv hørselsrehabilitering (Peterson, 2009). Det kan imidlertid se ut som disse elementene ikke har vært tilstedeværende hos alle informantene under hele prosessen. Flere beskrev en tilvenningsprosess hvor de ikke ønsket høreapparatene eller brukte dem lite. Det kan se ut som innstillingen til å benytte høreapparatene ikke var på plass, og muligens en mangel på aksept og motivasjon for bruk.

En av informantene forteller om at hans første høreapparat lå i en skuff i flere år, før han skaffet seg et nytt han begynte å bruke. Her er det tydelig at det ikke fantes motivasjon til å begynne å benytte høreapparatet, og man kan også spørre seg om det forelå aksept av hørselstapet. Denne informanten er nå en aktiv høreapparatbruker, og det kan tyde på at brukeren trengte den tiden han ikke brukte apparatet til å akseptere at situasjonen var som den var og motivere seg selv til høreapparatbruk. Ved stor aktivitets- og deltakelsesbegrensing hos hørselshemmede vil sjansen for høreapparatbruk øke (Helvik et al., 2008). Informanten som brukte lang tid på tilvenningsprosessen før høreapparatbruken ble vellykket fortalte også om store konsekvenser av hørselstapet, sosialt og kommunikativt. For hørselshemmede som lider av konsekvensene av hørselstapet, vil motivasjonen for bruk kanskje være at man igjen kan delta i samhandling med andre mennesker, og at dette blir et ønske og en indre motivasjon (jf. 2.3.3).

En av de andre informantene kom under intervjuet stadig tilbake til at hørselen oppleves som for god, og at vedkommende derfor egentlig ikke behøvde å bruke høreapparatet sitt så mye. Informantens motivasjon for å skaffe høreapparater var at lyden på TVen stadig måtte skrus opp, i tillegg til at familien mente at hun hørte dårligere enn før. Dette kan være faktorer, i tillegg til forsikringene om at hun ikke hører dårlig, som tyder på at en aksept av hørselstapet ikke er helt tilstedeværende og videre at motivasjonen ikke er høy for høreapparatbruk.

Peterson (2009) sier at hvis man blir tvunget inn i en rehabiliteringsprosess, er det ikke sikkert rehabiliteringen vil bli vellykket. Man må først akseptere og erkjenne hørseltapet før det er mulig å arbeide med problemene det skaper. Dette trenger hørselshemmede gjerne støtte til. Dersom de får denne støtten kan det kanskje tenkes at prosessen vil være mer effektiv enn den ville være med en rehabiliteringsprosess med uvillige klienter. Å rygge inn i en

hørselsrehabiliteringsprosess er ingen god idé, som vi kan se på historiene til informantene over.

To av informantene snakker om at de synes det er fint at høreapparatene er små og at de ikke synes. Ifølge Hull (2001c) er forfengelighet en av grunnene til at noen ikke ønsker å bruke høreapparat. Det kommer blant annet av at de ikke synes det er pent, og at høreapparat på ingen måte er forbundet med status. Dersom høreapparatene er noe som av forfengelighets- og statusgrunner ikke er ønsket, kan dette være en påvirkende faktor for motivasjonen for høreapparatbruk. Det sier også noe om hvilke tanker og holdninger disse informantene har om høreapparat. Det er ikke gitt at informantene ville brukt høreapparater hvis de var større og følgelig syntes. Det kan stilles spørsmål ved om synligheten på apparatet ville spilt noen rolle dersom hørselstapet var akseptert.

Flere av informantene uttrykte at lyden i høreapparatene var uvant, og at det tok tid å venne seg til dem. En av informantenes uttalelser kan tolkes dithen at hun fortsatt ikke er tilvent denne lyden. Kricos et al. (1991) har resultater fra sin studie som sier at mange eldre høreapparatkandidater har urealistisk høye forventninger til utbytte av høreapparat. Det kan tenkes at dette også har vært tilfelle hos noen av informantene.

Med å få høreapparat følger det med en tilvenningsprosess. Denne kan ta alt fra måneder til år (audiografen.no, udatert), og derfor blir det av stor viktighet å begynne å bruke høreapparatet tidlig, slik at den eldre er vant til å bruke høreapparatet når hørselen blir dårligere. En av informantene legger vekt på at hun hører for godt. ØNH-legen fortalte henne ved førstekonsultasjon at hun var på vippepunktet for å bruke høreapparat. Denne informanten hadde kommet tidlig i gang med prosessen å få høreapparat, og som vi har sett tidligere, er tidlig forsterkning en viktig del av forebyggingen av auditiv deprivasjon (jf. 2.2). Dersom hørselen ikke stimuleres kan auditiv deprivasjon forekomme. Det har det vært gode muligheter for å unngå for vedkommende. Denne informanten bruker imidlertid høreapparatene sine lite, og poengterer at hun greier seg godt uten, og at også flere hun kjenner hører dårlig i de samme omgivelsene som henne. Solheim (2011b) sier at de med små hørselstap ofte er de som bruker høreapparat minst på grunn av at de fortsatt greier seg godt uten. Det kan også settes i sammenheng med at det fortsatt er tidlig i prosessen, og at aksept av hørselstapet og motivasjon for å bruke høreapparat ikke tilstede på dette tidspunktet. Prosessen for tilvenning vil imidlertid bli lengre ved lite og ujevn bruk, og sjansen for å med tiden bli deprivert, større. Informasjon om hørselstapet konsekvenser og bruk av forsterkning,

bør kunne være en motivasjonsfaktor for å benytte høreapparatet. I den sammenheng er det også nødvendig at brukeren får kunnskap om hvordan man best tilvenner seg høreapparatet, og hvorfor dette er viktig. Dette er informasjon høreapparatformidleren har ansvar for å formidle (Standard Norge, 2010).

Som vi har sett har informantenes tilvenningsprosesser hatt likhetstrekk, men også hatt store forskjeller. Vi ser viktigheten av at hver enkelt bruker blir fulgt opp på sine premisser for å sikre en vellykket høreapparatbruk.

4.3 Familiens- og omgangskretsens betydning

4.3.1 Motivasjon

Presentasjon av data

Alle informantene vektlegger betydningen av at familien sa ifra om at de hørte dårlig, og at det var en viktig årsak til at de oppsøkte lege for å få høreapparat. Det er også stor oppslutning om at de ikke ville være ved at de hørte dårlig da familien påpekte det, og de hadde heller ingen positiv innstilling til å skulle få høreapparat. Til tross for at de synes det var ubehagelig og ikke var positivt innstilt til å begynne med, begynte flere av informantene å bruke det etter at familien ga uttrykk for at de ønsket at de skulle gjøre det. Det er ikke nødvendigvis slik at den hørselshemmede selv ser behovet for tiltak for hørselen, siden hørselstapet skjer så gradvis at man ikke merker det, og at man selv ikke er klar over hva man ikke hører. Det merker imidlertid ofte familien. Utsagn som disse vitner om at familien er en viktig kilde til motivasjon og en pådriver for å gå til høreapparatkonsultasjon:

«Det var da vel familien, antagelig, som begynte å... gjøre noe anrop da..»

«Jeg hadde ikke lyst til å begynne med. Men så sier datteren min «jeg synes du skal gjøre det, jeg. Du skjønner jo, du hører så lite på ene siden. Du må prøve det». «Jaja», sier jeg. «Da får jeg prøve det da...», sier jeg.»

«Men selv, så syntes jeg at jeg hørte brukbart allikevel. Men når du oppdager det da jeg vil ha på TVen og radioen mye mer enn a X vil, og ho synes det begynner å grense til det maksimale, så ble vi enige om at jeg skulle prøve å ta en slik hørselstest da, bare for å se.»

«Så sier datteren min «Gjør det mamma, gjør det. For all del». Da var jeg glad jeg har fått det.»

«Så syntes jentene mine at jeg sa «unnskyld? unnskyld?» litt for ofte, også sa de at «nei, nå hører du litt dårlig, bestemor».. Også tenkte jeg «okei, jeg skal gå til ørelegen.» Så gikk jeg til ørelegen.»

Diskusjon

Disse utsagnene kan forstås som at familie kan være avgjørende for å oppsøke hjelp, men også for at enkelte faktisk bruker høreapparatene. Dette til tross for at flere av informantene ikke viste motivasjon for å skaffe høreapparat eller ikke syntes behovet var der. Resultatene kan forstås som at familie er en svært sterk og innflytelsesrik faktor for motivasjon for høreapparatbruk.

I resultatene så vi at alle informantene hadde mye familie i nærmeste omkrets. Tye-Murray (2015) legger vekt på at personer med mye familie i nærmeste omkrets har større mulighet for å begynne å bruke høreapparat (jf. 2.3.4). Dette er et utsagn som mine funn støtter i stor grad. Men er det slik at familiemotivasjon, eller påvirkning, er udelt positivt for en god hørselsrehabilitering? Solheim et al. (2012) viser at familie som eneste motivasjonskilde ikke nødvendigvis bidrar til positiv høreapparatbruk. Mine informanter var i stor grad motivert av familie, og to av informantene er eksempler på den gruppen som ikke brukte/bruker høreapparatet så jevnlig. Om det kan trekkes paralleller til familiemotivasjonen er allikevel uvisst. Begge ga uttrykk for at lyden og apparatet i noen grad hadde vært/er ubehagelig, og det kan derfor tenkes at det er der grunnen til negativ opplevelse og lite bruk av høreapparat ligger. Likevel kan vi spørre oss om dette hadde vært annerledes i de situasjonene hvor familien var eneste motivasjonskilde. Ville informantene hatt større toleranse for ubehagelig lyd eller vanskelige høreapparater dersom de var selvmotivert fremfor motivert av familien? Som vi så i kapittel 2.3.3, må det foreligge aksept for å skape indre motivasjon. Helvik et al. (2008) sier at familien kan være en bidragsyter for å få familiemedlemmet med

hørselshemming til å forstå sin egen situasjon. Dette kan videre bidra til aksept av hørselstapet. Hos en av informantene illustreres dette veldig godt, da hun sier at det var familien som fortalte henne at hun hørte dårlig, bestilte time for henne og at hun var glad når hun hadde fått det og begynt å bruke det.

Det kan se ut som familie kan påvirke både positivt og negativt. I funnene som er gjort i dette intervjuprosjektet benytter alle informantene høreapparatene sine, og alle har blitt «pushet» av familien i noen grad. Imidlertid har vi sett at to av informantene tidligere ikke benyttet høreapparat, eller ikke benytter det i noen stor grad nå. Det kan kanskje tolkes dithen at dersom familien er din eneste motivasjonskilde, kan det være en negativ heller enn en positiv motivasjonsfaktor. Dette gjelder særlig i situasjoner hvor hørselstapet ikke er akseptert fra den hørselshemmedes side. Dersom familien kan bidra til at den hørselshemmede aksepterer hørselstapet og er motivert for en videre hørselsrehabiliteringsprosess, vil familien være en betydningsfull faktor for å komme i gang med, og også å arbeide videre med hørselsrehabiliteringen.

4.3.2 Hjelp

Presentasjon av data

Informantgruppen var delt når det kom til hva familien betød for praktisk hjelp i forbindelse med hørselstapet. To av informantene forteller om at familiemedlemmer er viktige for stell av høreapparat, og til dels batteriskift. Utsagnene fra disse informantene gir gode indikasjoner på at familien og omgangskretsen er av vesentlig betydning for hjelp med høreapparatet:

«Jeg har sånn vanskelig for å skifte batteriet selv. Men datteren min, hun pleier å komme å hjelpe meg. Men jeg gjør det selv hvis jeg absolutt må... men det er vanskelig å få til»

Om informasjon gitt av audiograf sa en informant dette: *«Datteren min skrev opp alt sammen. Så hun har det. Så hun har sånn apparat hun tar opp alt sammen på. Det er liksom hun som dirigerer for meg. Det er jeg veldig glad for. At hun kan være med å gjøre det.»*

«Skifte batteri kan jeg gjøre sjøl. Det har jeg lært så. Det øvde jeg meg litt på hjemme her. Så datteren min var her og «mamma dette må du greie selv». Det gikk veldig fint etter hvert [...]»

Det kommer også frem at familie er helt nødvendig i følge til audiografen og en viktig ressurs for å få med seg det som skjer hos audiografen.

«For at det er hun [datteren] som... ja, når jeg ikke hører... skjønner alt, så er det godt at hun er med meg.»

En informant er engasjert i HLF lokalt og har mye sosial omgang gjennom dem. Han forteller at det er HLF som har bidratt til opplæring i stell av høreapparat.

«Det har jeg vel egentlig fått veldig opplæring i da... meeen det er jo kanskje via det at jeg har jobbet innenfor HLF...»

Diskusjon

Det er tydelig at nær familie er viktige pådrivere og støttespillere i flere eldre hørselshemmedes liv. Hjelp til både stell av apparater og hjelp til å trene på skift av batteri. At en informant også hadde sin kunnskap om stell av høreapparat fra andre i HLF, viser at også omgangskretsen kan være en viktig støttespiller.

Flere av informantene forteller at de har mye hjelp av nær familie, og kan stilles spørsmål ved om de ville mestret de oppgavene de i dag har hjelp til, selv. De uttrykker at de kan gjøre en del selv, som batteriskift. Likevel kommer det tydelig frem at det har vært en vei å gå for å få det til. Denne veien har de gått sammen med nær familie. Begge informantene som fikk mye hjelp av familien bodde alene, hadde ingen ektefelle og var i den aldersgruppen Lunde (2012) kaller «den fjerde alder». Denne aldersgruppen beskrives blant annet med at helsen blir dårligere og du har mer behov for andres hjelp. I dette tilfellet stemmer det godt. Begge informantene får hjelp til stell. Dette er på grunn av sykdom eller behov for bistand fordi det oppleves vanskelig å få med seg alt som dreier seg om høreapparatet. Mobilitet er også en av grunnene til at en informant må ha hjelp til å komme seg til audiografen. Disse resultatene kan indikere at familien er en nødvendighet for hjelp og for den eldste gruppa, mens

resultatene i liten grad kunne si noe om at familien var en nødvendig faktor for informantene som tilhører «den tredje alder». Disse informantene fortalte at de selv sto for stell og batteriskift, og de hadde heller ingen vansker med sykdom som gjorde disse tingene vanskelig å utføre. Imidlertid hadde en informant god nytte av den hjelpen HLF kunne bidra med. Sykdom, mobilitet, vansker med å prosessere informasjon om stell og bruk og deretter utføre det kan være faktorer som i stor grad påvirker om familien må hjelpe til, og at familien er en viktig hjelp når den type utfordringer oppstår.

4.3.3 Kommunikasjon

Presentasjon av data

Informantene uttaler at familie og omgangskrets ikke tar ekstra hensyn til at de hører dårlig, men informantene legger også vekt på at de ikke har noe å klage på i den sammenheng. Da forteller de at det heller er mulig å skru av apparatene, eller at de har lignende strategier i situasjoner hvor det blir ubehagelig mye bråk. Til tross for at familiene vet om hørseltapene og til dels har like mye informasjon som de eldre selv, fortalte informantene at familien ikke tok noe spesielt hensyn til hørselshemningen.

Når vi i intervjuet snakket om hva familien visste om hørselstapet og hvordan de tok hensyn til dem, kom disse utsagnene opp:

«Neshj! De oppfører seg som vanlig»

«Om jeg sier at jeg ikke hører dårlig, så skjønner jeg jo det at det er sant allikevel... menne... etter at jeg fikk apparatene så synes jeg det er helt greit. Det er ikke noe... [...] Jeg tror de opptrer helt naturlig, helt som vanlig jeg, altså. Og det... mange av dem vet at du har høreapparat, og ser at du har høreapparat. men... nei, det er ingen forandring synes jeg, fra da du ikke hadde noe, for å si det sånn...»

«Eh... Egentlig, så tror jeg det at vi, slik som vi har det, så fungerer det slik som vanlig... Eh... De blir ikke så fryktelig harm og sint for det om ikke jeg får med meg det det sier, sånn at de må si opp igjen et par-tre ganger. Så det har i alle fall gått bra hittil (ler)»

En informant fortalte at familien tar godt hensyn til hørselstapet, og sier også i neste setning at *«så det... nei... «men så hører du bedre enn du har gjort noen gang», sier dem. Og da kan ikke jeg klage»*.

Ut fra utsagnene ser vi at de fleste informantene opplever at familien ikke tar noe særlig hensyn til hørselshemmingen, selv om de har fått informasjon om den av den eldre selv. Imidlertid gir ikke informantene inntrykk av at det er problematisk. En av informantene sier som vi ser at familien ikke blir sint fordi de må si ting opp igjen, men tidligere i intervjuet forteller informanten om dagligdagse situasjoner med ektefellen, og sier:

«da må ho gjengi hva ho sa, og da er det klart at det er ikke bare enkelt hele tiden, for dette blir et irritasjonsmoment, så da tar ho i hardt, også hører ikke jeg noe bedre da...».

Diskusjon

Selv om informantenes familier har fått informasjon om selve hørselstapet, kan det ut fra utsagnene se ut som de i liten grad har fått informasjon om konsekvensene av hørselstapet, og heller ikke kommunikasjonstrening for å stå i dagliglivet sammen med den hørselshemmede. Solheim (2011a) mener at opplæring i kommunikasjonsstrategier, også for signifikante andre, er en viktig del av hørselsrehabiliteringen. Dette bør gjøres for å sikre en bedre sosial deltakelse for den hørselshemmede. På generell basis vil hele familien ha god nytte av dette, ved for eksempel å unngå situasjoner som den beskrevet ovenfor.

Som vi har sett er det ofte familien som er pådriver for at den hørselshemmede skal anskaffe høreapparat, men i studien oppgis det at familien i liten grad tar hensyn til hørselstapet. Spesielt vanskelig er det når flere familiemedlemmer er samlet. Tye-Murray (2015) sier at noen opplever at familien tror at hørselstapet vil bli normalisert med høreapparat. Dersom dette er tilfelle hos mine informanternes familier, kan man forstå hvorfor det i liten grad blir tatt hensyn til hørselshemmingen. Det kan altså si noe om familiens forventningsnivå for høreapparat. Det kan imidlertid også være et tegn på mangel på kunnskap hos familien. Solheim (2011a) legger vekt på at den eldre familie både bør få opplæring i kommunikasjonsstrategier for å forenkle den eldre hverdagsliv og mulighet for en god kommunikasjonssituasjon, men også at familien bør få informasjon og kunnskap om hørselstap, hva det innebærer og hvilke konsekvenser det kan gi. Det kan være et generelt spørsmål om normalthørendes holdninger til hørselstap og høreapparat, men det kan også

være et spørsmål om de hørselshemmede selv sine holdninger og forventninger til eget hørselstap. En av informantene påpekte at det gikk fint i familiesituasjoner fordi familien ikke ble så veldig sint og irritert når han måtte spørre om igjen. Dette utsagnet kan sees i lys av Hull (2001b) som sier at det hender at den eldre føler at det er ens egen skyld at kommunikasjonen blir vanskelig. Det kan også fortelle oss noe om denne informantens forventninger til seg selv og omgivelsene rundt. Han forventer at folk rundt ham skal bli irritert fordi han hører dårlig, heller enn å forvente at de skal ta hensyn til hans ikke selvforskyldte hørselstap.

Flere av informantene uttalte at de nå hører mye bedre enn før, og at de dermed ikke har noe å klage på. Dersom deres strategier er å ta av høreapparatene i sammenkomster med flere mennesker, vil dette være en strategi de må fortsette med i det uendelige, dersom de ikke informerer familie og venner om hvordan det oppleves å ha et hørselstap. Som vi har sett tidligere kan slike strategier ende opp med tilbaketrekning og sosial isolasjon for den hørselshemmede.

Resultatene kan indikere at de eldres forventninger til kommunikasjonspartnere og eget utbytte av høreapparat ikke nødvendigvis er svært høye. Eller at de har fått hjelp til å høre bedre, og dermed ikke synes de rettmessig kan klage over at andre ikke tar hensyn.

4.4 Informasjon og tjenestenes tilgjengelighet

4.4.1 Tjenester

Presentasjon av data

Informantgruppa viser generelt lite kunnskap om tjenestetilbudet som finnes for hørselshemmede. Likevel er det en spredning innenfor et snevert område om hvor mye de ulike informantene har av kunnskap. Mens noen har fått noe kunnskap om for eksempel hørselstekniske hjelpemidler, har andre knapt hørt om at det finnes noe mer enn høreapparater. Det er også forskjellig hvor de eventuelt har fått informasjon om ulike ting relatert til hørselstapet fra.

Informantene fortalte alle at audiografen var den de stolte på og ville kontaktet hvis de lurte på noe. Flere nevnte også at det var lav terskel for å ta kontakt med audiografen, og at

tjenesten var lett tilgjengelig til tross for noe ventetid. De aller fleste informantene visste ikke om noen andre aktører som kunne være til hjelp ved et hørselstap. Av de videre presenterte utsagnene kan vi se at audiografen er en viktig tillitsperson for de eldre:

«Hvis jeg skulle merke det. At hørselstapet blir større. Da ville jeg kontaktet kontoret nedpå X [stedsnavn]. [...] Jeg synes det er henne[audiografen] jeg synes jeg har et visst forhold til selv om jeg ikke har vært der mer enn tre ganger. To ganger. Så er det allikevel henne jeg ville gått til hvis jeg... hvis jeg synes jeg trenger det.»

«Men jeg vet jo det at jeg kan ringe henne når som helst hvis jeg... trenger å gjøre noe mer med det.»

«[...]har liksom bare hatt min tillitt, for å si nå, så X [ØNH-kontoret]»

«[...] og er det noe, så er det veldig lettvin, det er bare å ringe så kommer du oppover og får justert det som trengs...»

Ingen av informantene hadde hørt om audiopedagoger, og de var usikre på hvordan tilbudet brukes og om de hadde behov for det. Flere påpekte imidlertid at de hadde fått lite informasjon og en uttrykte det slik; *«men det kan hende... hvis en hører mer om det og får vite mer om det, var lurt først som sist».*

En annen ga uttrykk for at audiopedagoger kunne være nyttig for blant annet familie:

«[...] Men overfor dem en omgås til daglig kunne det sikkert være greit at de hadde fått informasjon om hvordan det er å høre dårlig.»

Heller ikke hørselskontakt eller ergoterapeut var instanser noen hadde brukt, men disse var noe mer kjent enn audiopedagoger. Likevel visste bare én hvem som var hørselskontakt i kommunen/bydelen og at tilbudet fantes, men informanten hadde ikke benyttet det selv.

Alle unntatt én var medlem av HLF, men få benyttet seg av deres tilbud. Likemannsordningen hadde tre av informantene hørt om, og en av dem skulle bli likemann selv. Likevel var det ingen som benyttet ordningen.

«Det finnes jo noe som heter hørselshjelper, og det eksisterer nedpå her og. Det er noen som hører dårlig sjøl, som hjelper... Men, jeg har ikke oppsøkt noen, for jeg synes ikke jeg har hatt behov for det.»

En av informantene som var medlem av HLF snakket om at det kom invitasjoner til mange arrangementer, og at det var mye aktivitet i lokallaget. Selv deltok informanten sjelden på de aktivitetene som var, men det ble presisert at «*det er alltid tilbud å få*». En av informantene som så ut til å ha fått mest informasjon om hørselstap og tilbud vedrørende dette, har vært medlem av HLF gjennom flere år, og har fått informasjon fra andre medlemmer og fra ulike foredragsholdere som har vært på medlemsmøter. Denne informanten hadde også bestilt et nytt hjelpemiddel, og det hadde han gjort ved å ringe en navngitt person han hadde fått tips om gjennom foreningen.

Diskusjon

Gjennom uttalelsene deres kom det frem at de generelt har lite informasjon om hvilke tjenester som finnes for hjelp og bistand, som for eksempel andre instanser, men som flere nevnte, hadde de heller ikke vært på utkikk etter ulike tilbud. Informantene fortalte at familien stort sett hadde fått informasjon om hørselstapet av dem selv. En informant kunne imidlertid ikke si hva familien visste om hørselstapet, men nær familie hadde vært med vedkommende på konsultasjon hos audiografen og skrevet ned det audiografen sa.

Slik vi tidligere har sett at hørselsrehabilitering blir definert, skal det bestå av flere bestanddeler, som blant annet lyttetrening, kommunikasjonstrening, hjelp med ulike psykososiale aspekter ved hørselstapet, informasjon til signifikante andre og høreapparattilpasning (jf. 2.3). Av informantenes utsagn ser vi at det i liten grad er kunnskap om andre instanser innenfor tjenesteapparatet enn ØNH-spesialist og audiograf. Likevel gir informantene inntrykk av å være svært fornøyde med den oppfølgingen de har fått. I flere av kategoriene dataene er samlet i, ser vi imidlertid at mange av bestanddelene som hørselsrehabilitering skal inneholde ikke er tilstedeværende i det informantene forteller. De fleste informantene viste en nysgjerrighet for andre instanser de ble oppmerksom på under intervjuet, men de var usikre på hvordan de skulle brukes og hvilket behov de selv hadde. De la imidlertid vekt på at de hadde få eller ingen kunnskaper om de ulike instansene, og vi kan se at det er tilfeldig hvem informantene har fått informasjon fra. I Norsk Standard står det at høreapparatformidleren skal informere om andre instanser ved behov for noe mer enn de selv kan tilby (Standard Norge, 2010). Det er mulig at høreapparatformidlerne i disse sakene har vurdert det til at det ikke er behov for noe mer enn man selv kan tilby, eller at de eldre selv har sagt dette. Det som kan diskuteres, er hvorvidt disse tilbudene og instansene bør være noe

man uavhengig av vurdert behov får informasjon om. Dersom behovet en dag skulle melde seg, som flere av mine informanter var inne på, vil det være til stor hjelp å vite om de ulike tilbudene som finnes.

Et tankekors er også at siden informantene ikke har visst om ulike tilbud, så er det naturlig at de ikke benytter seg av dem. Flere av informantene uttrykte at det kanskje kunne være aktuelt å benytte noen av tilbudene, men de visste for lite om det og de var usikker på om det forelå et behov. Denne usikkerheten brukerne viser ved at de er usikre på sine egne behov, burde ikke kunne spores dersom det er vurdert dithen at informantene ikke har disse behovene. Det dreier seg også om at informantene skal stå fritt i å velge hvilke tilbud de vil benytte, men for å kunne gjøre det er de nødt til å bli opplyst om mulighetene.

4.4.2 Tekniske hjelpemidler

Presentasjon av data

Flere av informantene fortalte om at de kjente til noen hjelpemidler gjennom bekjente, men de aller fleste uttrykte at de hører godt nok med høreapparatet og dermed ikke har sett behovet for andre tekniske hjelpemidler. Blant de som ikke kjente til ulike hjelpemidler og instanser for å få hjelp til hørselen, ble det gitt uttrykk for at de syntes det var positivt at det kom frem informasjon om dette under intervjuet, og at det var bra å være «føre var» siden flere forutså at hørselen kunne bli dårligere med tiden. Det var imidlertid bare én av informantene som selv hadde gått til anskaffelse av hørselstekniske hjelpemidler gjennom NAV hjelpemiddelsentral, og en som hadde fått telefon med forsterkning av audiografen sin. Dersom det skulle være snakk om noe mer utstyr, var det aller helst audiografen sin de fleste ville tatt det opp med. Det hørtes ut som de i liten grad hadde noen formening om hvordan man kunne gå frem for å eventuelt skaffe hørselstekniske hjelpemidler.

En informant sier at flere kjente har oppfordret til bruk av teleslynge, og i den forbindelse forteller han: *«Jeg vet ikke jeg... nei, pr. nå så synes jeg ikke at jeg har så stort behov for det... vet ikke... Men det kan være for det du ikke har hatt det, så ... hvis du hadde det og ble kjent med å bruke det, så er det mulig at du tenkte at det var ålreit og, men... det er flere som har sagt det, men har ikke vurdert det noe, nei»*

Det blir av flere informanter poengtert at det er behovet som avgjør om det er aktuelt å skaffe hørselstekniske hjelpemidler eller ikke:

«[...] jeg har ikke følt noe behov. Hadde jeg følt behov, at jeg ikke hadde hørt dørklokka for eksempel, eller telefonen, så er det opplagt at jeg måtte ha gjort noe med det. Så lenge jeg gjør det, så har jeg heller ikke lagt noe mye vekt på å skaffe meg det.»

En informant forteller om at hun ikke har visst om tilbudet, mens en annen har fått hjelpemiddel tildelt av audiografen.

«ja... men... men, jeg skal skrive det til meg bak øret... i tilfelle... jeg har ikke visst om det en gang...»

«Telefonen, den fikk jeg av henne jeg var hos på ørelegen. Og der fikk jeg en der, en i gangen og en på soveværelset. Jeg har maken telefon på soveværelset.»

Den informanten som skulle ha samtaleforsterker fortalte at det at en annen han kjente hadde samme hjelpemiddelet, hadde vært en avgjørende faktor for å gå til anskaffelse av det selv, og at informasjonen i stor grad hadde kommet fra denne personen:

«Jeg hadde ikke visst om noe... mye før annet enn. Det ble demonstrert noe da de var oppe fra hjelpemiddelsentralen sist. Men det var... var mer med bare å legge bortpå bordet. Og det hadde sine begrensninger det og da.[...] Men den derre som har kommet nå, den tror jeg skal bli bra.»

Diskusjon

Ut fra informantenes uttalelser kan vi se at kunnskapsnivået om hørselstekniske hjelpemidler ikke er spesielt høyt, og den informasjonen om temaet som noen av informantene innehar, ser det i stor grad ut som er tilfeldig ervervet, på lik linje med informasjon om andre hørselstjenester. En av informantene beskriver at å se TV har blitt bedre etter å ha fått høreapparat, men at det fortsatt ikke alltid er lett å høre alt som sies klart og tydelig. For denne informanten kunne kanskje forsterkning fra TV og til høreapparatene vært aktuelt. På grunn av manglende kunnskap om hjelpemiddelet og usikkerhet for behov, er vedkommende usikker på om det er noe for han. Dette viser noe av det samme som informantene fortalte om

andre tjenester som de kanskje kunne ha behov for, men som de var usikker på om var noe for dem, siden de ikke hadde kunnskap om det.

Denne informanten er etter all sannsynlighet ikke alene om å ha det slik. Rapporten «Å høre eller bli hørt» sier at det er tilfeldigheter som bestemmer om man får vite om hørselstekniske hjelpemidler, og at de aller færreste har kunnskap om det (Sosial - & helsedirektoratet, 2007). Ut fra det vi vet om hva som huskes av informasjon (jf. 2.3.1) kan vi se viktigheten av at de eldre i første omgang får informasjon om enkle hørselstekniske hjelpemidler som kan øke livskvaliteten og dernest forklare inngående hvordan disse hjelpemidlene kan bidra til å øke utbyttet av eksempelvis tale på TV eller i andre kommunikasjonssammenhenger. En av informantene bemerket at så lenge han hørte dørklokka eller telefonen godt, så var det ikke noe behov for varslingsanlegg. For eldre som bor alene vil det ikke nødvendigvis være slik at man selv kan vite at man hører det man skal. Og spør audiografen om den hørselshemmede hører dørklokka og får svaret «ja», vil ikke dette behovet avdekkes. Som vi var inne på tidligere, så kan det da være viktig at familien er delaktig i rehabiliteringsprosessen (jf. 4.4).

I følge NAV (2015) kan personen med hørselstap selv ta kontakt med kommune eller hjelpemiddelsentral for å få hørselstekniske hjelpemidler. Dette kan by på utfordringer, spesielt hvis det er som hos flere av informantene i denne studien, nemlig at de ikke er klar over at hørselstekniske hjelpemidler finnes.

4.5 Læring og oppfølging

Presentasjon av data

Under og etter en høreapparatilpasning skal en høreapparatbruker igjennom en læringsprosess hvor ulike aspekter vedrørende å ha høreapparat og ha fått nedsatt hørsel er i fokus. En del av denne opplæringen skal foregå ved oppfølgingstimer i etterkant av å ha fått høreapparatene (Standard Norge, 2010). I denne studien oppga alle informantene at de hadde hatt oppfølgingstimer, og alle hadde fått beskjed om at det bare var å ta kontakt hvis det skulle være noe de ikke var fornøyd med, som å justere lyden på apparatet og lignende. Det ser ut til at audiografen er den personen informantene ville kontaktet hvis det var noe hørselsrelevant de behøvde hjelp til. De anga også at det er audiografene de ville snakket med om hørselen sin. Flere av informantene har skiftet apparat en eller flere ganger, og de sier at audiografene

har vært dyktige på å prøve ut nye apparater og justere disse til informantene er fornøyd. To av informantene fikk også hørselstekniske hjelpemidler under oppfølging hos audiograf. Generelt uttrykker informantene at de har blitt godt ivaretatt av audiografene og den hjelpen de har fått der:

«Men hun på kontoret, hun var veldig grei mot meg, altså. Hjelpsom og forklarte alt mulig.»

«Ho der oppå X var meget behagelig og hjelpsom og... og ho tok det på alvor at du skulle bli fornøyd og høre godt. Jeg synes ho gjorde en fin jobb. Absolutt!»

«Ho har vært... vært fantastisk siden. Jeg har bare rosende ord å si om ho... ho har vært bestemt, men ho har lytta til mine ønsker, og vært flink til å... at jeg får prøve forskjellige apparater... og jeg synes ho har vært veldig flink»

Informantene fortalte alle at de fikk oppfølgingstimer. Flere av informantene testet ut flere apparater, og tilfredshet ble i stor grad vektlagt. Det illustreres av følgende utsagn:

«For jeg var jo til X en 4-5-6 ganger. For ho [audiografen] sa «er du ikke fornøyd, så kommer du igjen, så prøver vi en annen type som du kan bli mer fornøyd med».

Av utsagnene kan det se ut som det er varierende mestringsgrad i stell og batteriskift, og noen av informantene forteller at de har hatt problemer med å rense apparatene og å skifte batteri i dem. En av informantene forteller om en ekstra time hos audiograf for å mestre disse tingene. To av informantene henviser også til bruksanvisningen til høreapparatet når det kommer til stell.

«Jada, dattera mi fikk lære det. Det er derfor hun følger meg da. Renser de og gjør alt. For det kan ikke jeg.»

En av informantene hadde problemer med batteriskift etter første besøk hos audiografen, og forteller:

«Hun hadde vist meg det, men innen jeg kom hjem så hadde jeg glemt det og... [...] menne.. da var jeg hos henne etterpå igjen. Så da hadde jeg øvd meg opp igjen. Da hadde datteren min vært og hjulpet meg, og siden så greide jeg det veldig fint selv.»

«Ja, assa, jeg lærte jo... fikk sånn bruksanvisning. Fikk sånn hefte hvor det står om alt det der der.»

«Ja, batterier bytter jeg sjøl.. og utover det... ja, ho forklarte jo det med.. eventuelt... åssen de slangen var festa og jeg kunne jo bytte de sjøl og, hvis jeg bare ringte dit og fikk de til å sende slange.. Proppene, de har du.. de bytter du jo sjøl. Proppene i ørene, de bytter du jo sjøl. De sier jo det at du må rense det littegranna og sånt, men det har jeg ikke fått noe mer opplæring i, eller noe sånt da... For å si det sånn..»

En informant forteller at audiografen sier at høreapparatene bør brukes mer. Informanten mener at hun har funnet sin måte å bruke det på, ved å benytte det blant annet ved TV-seing og i teateret. Det ble også fortalt at vedkommende ikke trodde audiografen ville vært fornøyd med så liten bruk som det tidvis har vært.

«Også sier jeg til henne atte... at jeg egentlig synes jeg hører litt for godt. Og da sier hun at... det kan vi justere. Også justerte hun det ned så jeg i grunn synes det var greit nok. og da sier hun atte... atte... atte jeg bør bruke det mer. Bør bruke det hele tiden, bruke det ute og så videre, også snakket vi om forskjellige ting, blant annet at jeg er veldig glad i å gå på konserter. Og da sier hun at da vil du høre stor forskjell, for jeg tror ikke du hører de... eh... høye tonene. Så det var jeg litt spent på da...»

Diskusjon

Datagrunnlaget viser at alle informantene har fått og blitt tilbudt oppfølging. Det kommer også frem at informantene har stor tiltro til audiografene sine. De er spesielt fornøyde med at audiografen viser stor interesse for å hjelpe dem på best mulig måte for å oppnå en god hørselssituasjon. De oppga også at de har fått god oppfølging gjennom oppfølgingstimer, men det kom også frem at oppfølgingen i størst grad hadde tatt for seg de tekniske og medisinske forholdene rundt hørselstapet. Falkenberg (2007) legger, som vi har sett tidligere, vekt på en helhetlig hørselsrehabilitering. Skal man oppnå en helhetlig rehabilitering må flere aktører med. Informantene forteller at det er audiografen de fester sin lit til i spørsmål om hørsel, men som vi ser av dataene er det også den eneste i tillegg til ØNH-legen de kjenner til, og vi kan si at det er audiografen som er deres inngangsport til hørselsrehabiliteringen.

Ingen av informantene, bortsett fra informanten som hadde hatt høreapparat i om lag ti år, oppga at de hadde hatt kontakt med andre aktører enn audiografen. Dersom oppfølgingen hos

audiograf stort sett dreier seg om medisinske og tekniske deler av rehabiliteringsprosessen, kan det indikere at mange eldre vil mangle et tilbud som fokuserer mer på den psykososiale og kommunikative oppfølgingen, og den helhetlige hørselsrehabiliteringen kan se ut til å være ikke-eksisterende i disse tilfellene.

En av informantene uttrykker lite bruk av høreapparat, kommer gjentatte ganger tilbake til at audiografen oppfordrer til hyppigere bruk av høreapparater og at audiografen ikke ville vært fornøyd med hvordan informanten bruker apparatene. Det kan indikere at audiografen har forsøkt å fortelle om viktigheten av å bruke høreapparatet hyppig. Informanten forteller om at lyden ved bruk av høreapparatene sine ikke oppleves tilfredsstillende. Vedkommende synes lyden ofte er ubehagelig høy og har vært hos audiograf for å justere dette. Informanten forteller at dette er den største årsaken til at apparatet blir brukt lite.

Det kan være ulike grunner til at hørselshemmede ikke bruker høreapparatet sitt. Vi vet at denne informanten fikk høreapparat tidlig og at hun i liten grad bruker dem. Som det ble diskutert i kapittel 4.2.3 kan tidlig innsats forebygge auditiv deprivasjon og nedsatt kognitiv funksjon. Det kan se ut som informanten ikke er klar over dette, og det kan spille spørsmål ved om informanten ville være mer motivert for å bruke høreapparatene hvis hun hadde hatt kunnskaper om dette.

Vanskeligheter med batteriskift og stell av høreapparater ble kommentert av flere informanter under intervjuene, spesielt av informantene som kommer under kategorien «den fjerde alder». Håndtering av høreapparater er et typisk problem for eldre (Meister et al., 2002; Hull, 2001c). Når man blir eldre blir fingerferdigheten dårligere, og eldre i denne gruppen vil vanligvis også ha behov for mer hjelp. Dersom de eldre ikke får hjelp til denne vil det være større sannsynlighet for at høreapparatene ikke blir brukt. For å unngå dette kan det, som vi har vært inne på tidligere, være nyttig at den eldres nærpersoener er med i rehabiliteringsprosessen, slik at også de lærer å håndtere apparatet (jf. 4.3). Imidlertid kan dette også være et aspekt å ta hensyn til i valg av høreapparat. Jo større apparatet er, jo enklere er det å håndtere.

4.6 Kommunikasjon

Presentasjon av data

Informantene forteller om vanskeligheter med kommunikasjon i støy og når mange mennesker er samlet. Flere gir uttrykk for at det er slitsomt å være på vakt hele tiden. De tegner et bilde av et bredt spekter av opplevelser av hvordan hørselstapet påvirker dagliglivet. Alt fra at det ikke hemmer informanten på noen som helst måte, til at hørselstapet påvirker alle situasjoner i dagliglivet. En informant trekker frem at han ønsker at familien skulle fått større innblikk i hvordan det er å være hørselshemmet:

«[...] Men overfor dem en omgås til daglig kunne det sikkert være greit at de hadde fått informasjon om hvordan det er å høre dårlig.»

Informantene gir i noen grad inntrykk av at det skulle vært lettere å høre i enkelte sammenhenger, slik det uttrykkes i de videre presenterte sitatene:

«[...] Hvis jeg har høreapparatene på, når vi er mange så blir det bare støy. Så. Da prøver jeg å unng... Da tar jeg ikke med dem, asså.»

«Jeg er ofte i familieselskaper fordi... Vi er ganske stor familie etter hvert. Og når vi er sammen... sitter rundt bordet. Ja, som regel er vi 12 stykker... så kan det også bli litt for mye for meg med høreapparat. For da kan det bli... Litt sus assa. Sånn.»

«Men det synes ikke jeg hvis en sitter bare en del folk rundt et bord og snakker og sånt... Men er du deriblandt... er du på en fest eller en konsert eller noe, der det er mye folk som begynner å bli litt lystig og sånt, da kunne du godt vært dem foruten [...] Det er jo det som kan være det verste med det, kan du si, at... det er ikke det at... det er ikke bare det du vil høre som blir forsterket, men alt...»

«Egentlig så er det vanskelig hele tiden. Eh... så... så snart som det er mer enn... ja, en kan kanskje si at det er greit... Eller at det er problemer sjøl med to personer hvis ikke jeg sitter på vakt hele tiden...»

«For... når man er samlet og det er en vennegjeng og det er noen som prater inni seg eller snur seg vekk fra den som hører dårlig når en prater, det er jo... det vil jo aldri bli vellykket.»

Diskusjon

Siden hørselstap i størst grad sies å være et hinder for kommunikasjon er det åpenbart at bevisstgjøring på kommunikasjon og trening på å takle kommunikasjonssituasjoner må være en vesentlig del av en hørselsrehabilitering. Det ser ut som informantene i liten grad har hatt denne type opplæring, og at det i størst grad har vært fokus på høreapparatene under rehabiliteringsprosessen. Informantene ga et inntrykk av at de var fornøyde med de tilbudene de hadde fått, likevel tok alle opp situasjoner hvor det var vanskelig å høre og delta sosialt på grunn av støy og mange mennesker. Det er av viktighet at familien også får hensiktsmessig informasjon og trening i hvordan det er hensiktsmessig å kommunisere med en hørselshemmet (jf. 4.3). En av informantene sier også at han skulle ønske personer i nærmeste omkrets fikk innblikk i hvordan det var å høre dårlig, mens flere av de andre informantene beskriver vanskelige situasjoner hvor familien eller venner ikke tar hensyn til hørselstapet. Dette signaliserer et behov som i dag ikke blir dekt.

I følge Pichora-Fuller et al. (1983) definisjon av aural rehabilitation, skal den inneholde kommunikasjonsstrategier, trening i munnavlesning og lyttetrening. Standard Norges (2010) definisjon sier at høreevnen og kommunikasjonsferdighetene til den enkelte skal forbedres gjennom opplæring, øvelse og instruksjon etter å ha fått tilpasset høreapparat. Det er viktig at dette skjer i samhandling med profesjonell støtte (Hallberg et al., 2008). Resultatene viser at dette ikke er godt nok ivare tatt.

4.7 Strategier

Presentasjon av data

Alle informantene benytter ulike strategien for å mestre de utfordringene som kommer med et hørseltap i hverdagen. Det som er likt for alle informantene er at de benytter både hensiktsmessige og uhensiktsmessige strategier.

Alle snakker om at det er vanskelig å høre i støy. Den vanligste strategien blant informantene er å ta av høreapparatene eller å åpne batteriluka for å unngå ubehag ved støy. Alle gir uttrykk for at aktivitetsnivået deres er på samme nivå nå, som før de fikk høreapparater. Noen forteller også om kommunikasjonsstrategier med nærmeste familie, som å lytte med det beste øret og si ifra når høreapparatene ikke er på (gjaldt de med ektefelle). Flere har hjelp av

familien, både praktisk hjelp med høreapparatet, men også med å få informasjon fra audiograf. Alle informantene gir uttrykk for at de ikke unngår noen situasjoner eller gjør ting annerledes på grunn av hørselstapet. En av informantene poengterer jevnlig at hun hører godt nok, og sier at andre også klager over de samme tingene som hun gjør. Derfor mener hun at hun heller ikke trenger å bruke høreapparater i alle situasjoner.

Følgende sitater illustrer informantenes strategier:

«Ja, hvis det ikke er for mange... også på fredagene når det er en samling og det er underholdning... da har jeg problemer med.. med da må jeg ta det ut, men da må jeg ha med meg det så det ligger på riktig plass igjen [peker på HA-etuiet]. Setter i når jeg kommer hjem.»

«Ja, der er det nærmest. Der prøver jeg bare å flire hvis de andre flirer og håper at det er noe å flire av»

«Så det er enkelte ganger at jeg kan være bak på ørene og løse fra batteriene, så det blir tyst. Tar de ikke ut eller noe, bare løser dem fra, slik at det blir stille, for å si det sånn»

«Ja, når jeg ikke hører... skjønner alt, så er det godt at hun[datteren] er med meg.»

«Så hvis jeg ligger på venstre siden, og a X [ektefelle] snakker til meg, for eksempel, så hører jeg det ikke. Da må jeg løfte opp huet av puta for å høre. Men ligger jeg på høyresiden, for eksempel, så hører jeg.»

«Du kan si det slik at når jeg tar ut høreapparatene mine om kvelden, så er det veldig greit at jeg bare sier god natt til kjærringa før jeg tar dem ut, for jeg hører ikke noe hvis ho sier noe etterpå»

Diskusjon

Ut fra informantenes beskrivelser kan vi se at de benytter både uhensiktsmessige og hensiktsmessige strategier i dagliglivet. I en rehabiliteringssituasjon med fokus på kommunikasjon, må man altså jobbe med å minimere kommunikasjonsproblemer gjennom gode kommunikasjonsstrategier. Alle informantene oppga å bruke svært like strategier, og dette var både hensiktsmessige og uhensiktsmessige strategier.

De bruker blant annet hensiktsmessige strategier ved å for eksempel si ifra til ektefellene hvis det er situasjoner de ikke hører i, de har med seg familie som kan følge med på og forklare det som blir sagt hos audiografen, og de ber om gjentakelse eller sette seg strategisk i en samtalesituasjon.

Av mindre hensiktsmessige eller uhensiktsmessige strategier tar noen ut batteriluka, men har proppen i eller tar av høreapparatene i støyende situasjoner. Når høreapparatet ikke er på og proppen sitter i, vil dette fungere som en vanlig ørepropp og man vil følgelig høre enda mindre. Imidlertid kan mye støy være vanskelig å bearbeide med høreapparat, og i enkelte tilfeller kan dette kjennes hensiktsmessig for å unngå for eksempel å bli sliten av alle lydinputene. Samtidig kan også denne strategien bidra til sosial utestengelse. Andre mindre hensiktsmessige strategier kan være at de ikke sier ifra til de rundt at de hører dårlig, gjemmer seg bak at andre hører like dårlig eller later som man hører det som blir sagt.

Som vi så i kapittel 2.3.2, kan begge typer strategier fungere i dagliglivet, men det vist at det er større sannsynlighet for at bruken av høreapparat ikke vil bli vellykket ved bruk av uhensiktsmessige strategier (Helvik et al., 2008). Det betyr også at det må jobbes med de uhensiktsmessige strategiene, for å forsøke å få høreapparatbrukeren til å ta frem sine iboende ressurser og heller skape hensiktsmessige strategier. For å kunne få til dette må imidlertid brukeren være klar over sin egen bruk av uhensiktsmessige strategier, slik at det er mulig å arbeide med. For å kunne gjøre dette må også brukeren selv ha akseptert at han eller hun må leve et liv som hørselshemmet (Peterson, 2009). Å snu disse strategiene fordrer at noen bidrar til å gjøre brukeren oppmerksom på dem. Som vi så i kapittel 2.3.2 sa Hallberg et al. (2008) at det var viktig med trening og profesjonell støtte for å legge til rette for mestring og skape mestringsstrategier for konsekvensene av hørselstapet. Denne treningen på mestringsstrategier må inngå i det helhetlige rehabiliteringstilbudet, og det må legges til rette for bistand av personer med kompetanse i rådgivning og veiledning, og som kan ta tak i de psykososiale og kommunikative konsekvensene av et hørselstap.

5 Hovedfunn og avsluttende refleksjoner

Målet med studien har vært å få kunnskap om hvordan de eldre selv opplever hørselsrehabiliteringen og se hvilke behov for rehabilitering de selv uttrykker å ha. Dette målet er blitt forsket på gjennom følgende problemstilling:

Hvordan opplever eldre med hørselstap rehabiliteringstilbudet og oppfølgingen fra tjenesteapparatet?

For å konkretisere problemstillingen har jeg benyttet følgende to forskningsspørsmål:

- *Hvem kan bidra og hvilke aspekter er viktig i en slik oppfølging?*
- *Hvilke oppfølgingsbehov har de eldre?*

De seks kategoriene i denne studien belyser informantenes opplevelser av prosessen ved å få høreapparat. De eldre viser liten innsikt i eget hørselstap og de har i liten grad tatt initiativ i hørselsrehabilitering. Alle informantene ga inntrykk av å være motivert av familien for å anskaffe høreapparat og det kunne se ut som flere hadde hatt en prosess med å akseptere hørselstapet. Det ble oppgitt at familien i liten grad tok hensyn til at de eldre har hørselstap. Informantene oppga i liten grad å ha fått informasjon om instansene i tjenesteapparatet og viste også å ha lite kunnskap om tjenestetilbudet. Alle informantene brukte mestringsstrategier for å fungere i dagliglivet, uten at de nødvendigvis var klar over det selv. Informantene fortalte om ulike situasjoner hvor hørselstapet var vanskelig, men det generelle inntrykket de ga, var at de var særdeles fornøyd med den oppfølgingen de hadde fått og de tjenestene de hadde hatt kontakt med.

Vi kan ut fra denne oppsummeringen av funnene se at studien har gitt noen svar på hvordan hørselsrehabiliteringen oppleves for eldre høreapparatbrukere. Vi ser hvem som er viktige bidragsyttere og hvilke aspekter som kan være viktig i en situasjon hvor en eldre har begynt å høre dårlig, samt hvilke behov de eldre direkte og indirekte skisserer å ha i hørselsrehabilitering.

Vi kan se at de fleste opplever å være rimelig fornøyd med høreapparatene sine og oppfølging hos audiograf. Når informantene mener at de ikke har andre behov for oppfølging,

forstår jeg det som et uttrykk for at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvordan denne oppfølgingen kan bidra til å bedre utfordrende situasjoner i deres liv. At de ikke kjenner til andre oppfølgingsmuligheter enn audiografen, kan også skyldes svikt i informasjonen. Det man ikke vet om, er det vanskelig å etterspørre.

Selv om informantene uttrykker tilfredshet med den oppfølgingen de har fått, tyder det på at det er enkelte udekkede behov hos informantene. For eksempel oppgir de vanskeligheter med stell og skift av batteri, de har flere uhensiktsmessige mestringsstrategier og de har noen problemer med kommunikasjon. Jeg tolker informantenes utsagn dit hen at de har manglende forventninger til oppfølging.

Som vi så i oppsummeringen av resultatene i kapittel 5, ser vi at informantene viser stor tilfredshet med det tilbudet og den oppfølgingen de har fått. Likevel sier både Falkenberg (2007) og Helsedepartementet & Sosialdepartementet (2002) at det mangler mye for at et helhetlig hørselsrehabiliteringstilbud er en realitet i Norge. Vi kan se ut fra informantenes utsagn at dette også gjelder dem, da de forteller om flere situasjoner som er vanskelig på grunn av hørselstapet, og som vi vet kunne vært i fokus med en helhetlig hørselsrehabilitering. De er imidlertid fornøyd med det de har fått, til tross for enkelte vanskelig situasjoner i hverdagen. En måte å forstå dette på er at informantene er fornøyd fordi de har fått hjelp, og at de selv mener de ikke kan forlange mer. Det kan også være et uttrykk for at de er fornøyd fordi situasjonen er bedre i dag enn den var før de fikk høreapparater eller at forventningene deres er lave og at hvordan de har det i dag oppleves som svært bra i forhold til tidligere. Med lovverket vi har i dag, har de rett på en rehabilitering som kartlegger og møter deres behov. Det rehabiliteringstilbudet som blir skissert gjennom informantenes opplevelser, er ufullstendig. Hvis hørselsrehabiliteringen stopper ved formidlingen av høreapparat, slik vi har sett er tilfelle hos alle informantene, kan det strengt talt ikke kalles hørselsrehabilitering. Fra et teoretisk perspektiv vet vi at hørselsrehabilitering i liten grad utøves.

Flere i fagfeltet legger vekt på at det behøves en større helhet i rehabiliteringen for å kunne møte brukernes behov for informasjon og kunnskap (Falkenberg, 2007; Solheim et al., 2012). Rehabilitering handler i praksis om instanser som samarbeider på tvers for å nå bestemte mål (jf. 2.2). Dette ser vi også i begrepet hørselsrehabilitering som innebærer en rekke momenter som én instans neppe vil ha mulighet til å bistå med på egenhånd. Gode ferdigheter innenfor rådgivning om de psykososiale aspektene ved hørselstap er vesentlig (Solheim et al., 2012),

og audiopedagoger er de innenfor fagfeltet som har mye kunnskap innenfor disse områdene (Falkenberg, 2007). Med utgangspunkt i dette kan vi stille spørsmål om hvorvidt de eldre får et godt nok rehabiliteringstilbud, til tross for at mine informanter uttrykker tilfredshet med det tilbudet de har fått.

Vi kan også rette et kritisk blikk mot samarbeidet mellom de ulike instansene som skal tilby tjenester. Dette er også kommentert i offentlige planer og rapporter (Helsedepartementet og Sosialdepartementet, 2002; Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Som tidligere nevnt er kommunens ansvar nedfelt i lovverket. Man skal kunne forvente at kommunen har kompetanse på hørselshemmedes kommunikasjons- og informasjonsproblemer, høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler, samt psykososiale konsekvenser ved å ha nedsatt hørsel. Kommunen skal også ha kunnskap om hørselshemmedes behov, og oversikt over aktuelle tilbud i statlige etater og i spesialisthelsetjenesten (Helsedepartementet og Sosialdepartementet, 2002). Mine funn tyder på at det ikke er en realitet i alle kommuner. Dette bør fortsatt etterstrebes da jeg forstår situasjonen som lite tilfredsstillende. Rapporten «*Å høre og bli hørt*» sier også at det er tilfeldig om en kommune har ansatte med kompetanse eller kunnskap om hørsel. Som nevnt i kapittel 2.3.1, er kommunene oppfordret til å ha hørselskontakter som kan bistå med hørselsteknisk utstyr og eventuell søking til NAV hjelpemiddelsentral, samt ha innsikt i hvilket tilbud som finnes for den hørselshemmede. Ut fra det mine informanter forteller, er denne funksjonen stort sett ukjent for dem og følgelig lite brukt. Ingen hadde heller vært i kontakt med kommunen vedrørende hørselstapet. Siden brukerne i større eller mindre grad har noen mulige behov som ikke er tilfredsstilt, slik som behov for å bedre mulighetene for kommunikasjon, kan det indikere at kommunenes ansvar for rehabilitering i disse sakene har sviktet, og at de hørselsfaglige tjenestene i kommunen i liten grad er synlig for de eldre. Ut fra dataene ser det også ut til at samarbeidet kommunalt og med andre instanser ikke finner sted, og at brukerne taper på dette.

Dataene viser at brukerorganisasjonen HLF står sterkt blant de eldre. Alle informantene i studien hadde hørt om det, noen visste hva det innebar, men få benyttet tilbudene som følger med et medlemskap i HLF. Dette er en aktiv organisasjon som stiller hjelp til rådighet via sitt likemannstilbud. Her kan man få hjelp av andre mennesker med hørselstap som har blitt sertifiserte likemenn. Informanten som var mest engasjert i HLF, var også den som var i besittelse av mest informasjon, og som fortalte at mesteparten av kunnskapen om ulike tjenestetilbud og hørselsrelatert kunnskap var ervervet gjennom organisasjonen. Vi kan se

hvor viktig brukerorganisasjonen er for å kunne fylle på med kunnskap og informasjon, der andre tilbud kan ha kommet til kort. Når noe glipper, kan det være nyttig for brukere av tjenestetilbudet å kunne få en oppfriskning om for eksempel hjelpemidler eller stell av høreapparater. Til tross for at HLF sitt likemannstilbud er veldig positivt, skal det ikke være en erstatning for tjenester fra fagfolk med kompetanse innenfor hørselsfaget, men et supplement til disse tjenestene. Det vil være nærliggende å tro at det største utbyttet for individet selv er hvis aktørene, både HLF og andre tjenesteytere i fagfeltet, er delaktige når man har fått nedsatt hørsel.

Informantene ga inntrykk av å ha lite kunnskap om sitt eget tap og hørselstap generelt. Det kan se ut som det er et udekt behov for informasjon, og det er naturlig å trekke en slutning om at informasjon kunne bidra i en positiv retning for initiativ og oppsøking av tjenestetilbudene. Det er, som mange av informantene sier, vanskelig å vite hvordan du kan bruke et tilbud du ikke vet noe om. Som vi så i kapittel 2.3.1 glemmes mye informasjon og mye blir husket feil. Det betyr at selv om informantene hadde fått rikelig med informasjon, er sannsynligheten stor for at veldig mye glemmes. Vi så tidligere at skriftlig og gjentagende informasjon var positivt for pasienter. Jorunn Solheim(udatert) utarbeidet i etterkant av sin doktoravhandling boka «Hør her!». Det er en håndbok om høreapparater og tekniske hjelpemidler, hvor intensjonen er at en ny høreapparatbruker skal få den med seg fra sitt besøk hos audiografen, og skal kunne ta den frem ved anledninger hvor han eller hun har spørsmål til høreapparat eller hjelpemidler. Boka er lagd slik at høreapparatbrukeren i samarbeid med audiograf eller annet hørselspersonell kan fylle inn tomme felter med for eksempel høreapparatfabrikant- og modell og batteritype. I tillegg er det tips til hva som kan være i uorden dersom høreapparatet ikke skulle virke. Dette er enkle tiltak som kan være til hjelp hvis høreapparatbrukeren behøver hjelp til enkle ting, som ikke nødvendigvis må utføres av folk med hørselskompetanse. Det er også en bok som kan være til nytte for å friske opp informasjon man tidligere har fått.

Informantene viser ulik grad av mestring, og det er dermed sagt at de vil ha ulike behov i oppfølgingsprosessen. Brukerens individuelle behov må kartlegges, og flere av informantene forteller om en prosess hvor de har blitt hørt og deres behov har vært i fokus. Imidlertid ser vi at flere av informantene refererer til hendelser og situasjoner hvor hørselstapet skaper vanskeligheter, noe som kan bety at de har flere uidentifiserte behov. Disse behovene handler både om kommunikative problemer, men også for eksempel vansker med stell av

høreapparatene. I en hørselsrehabilitering skal begge disse behovene i utgangspunktet bli møtt (jf. 2.3). I Norsk Standard står det nedfelt at høreapparatformidleren både skal gi informasjon om hørselsteknisk utstyr og hvor man kan få det, men også gi informasjon om hvor man kan få tilbud som høreapparatformidleren ikke selv kan tilby. Det ser ut til at informantene ikke har dekket sine behov, men heller ikke har kontakt med andre tjenester innenfor tjenesteapparatet. Det kan følgelig tyde på at oppfølgingen ikke har vært i henhold til Norsk Standard og hørselsrehabilitering forøvrig.

Dersom tilbudene innenfor hørselsrehabilitering ikke er kjent blant de hørselshemmede kan det få konsekvenser i form av mindre etterspørsel, mindre bruk av tjenestetilbudet, som kan munne ut i ubrukte høreapparater, isolerte og ensomme eldre. Dette er kritisk både for de personene det gjelder, men også fra et samfunnsøkonomisk ståsted. God hørselsrehabilitering og tidlig forsterkning kan forebygge blant annet auditiv deprivasjon, svekket kognitiv funksjon, isolasjon og øke livskvaliteten til den enkelte. Dette kan minske bruk av andre tjenester som eldre med hjelpebehov kan komme til å ha behov for dersom de ikke får tilstrekkelig hørselsrehabilitering. Å gi eldre hørselshemmede et godt tilbud i alderdommen er også et spørsmål om verdighet. Det er de eldre som har bygd opp landet og bidratt til at vi i dag har et solid velferdstilbud, og følgelig fortjener de et tjenestetilbud som ivaretar deres behov vedrørende hørsel og andre utfordringer. Utfra det informantene har fortalt, kan vi se at det tilbudet som gis eldre med hørseltap ikke er i henhold til anbefalinger og aktuelt lovverk.

Instanser som jobber sammen på tvers av faggrupper, hvor alle aspekter fra høreapparattilpasning til mestringsstrategier er involvert, vil gi muligheter for at eldre hørselshemmede får en vellykket hørselsrehabilitering og følgelig kunne få økt livskvalitet. Det viktigste er at brukeren er fornøyd, har fått bistand etter kartlagte behov, at initiativ og medvirkning fra høreapparatbrukerens side tas på alvor og at høreapparatet brukes i dagliglivet for å forebygge negative konsekvenser relatert til hørselstapet.

For å kunne realisere en optimal situasjon med en helhetlig rehabilitering er det mange momenter som må jobbes med. Vi har sett at tjenestetilbudet i liten grad samarbeider, og at behovet for flere tjenester er der. Det er imidlertid ikke alltid tjenesten er der behovet er. Dette gjelder for eksempel hørselskontakt i kommunene og audiopedagoger. NAV hjelpemiddelsentral finnes, men det er ofte et behov for å få hjelp i søknadsprosessen for å få hjelpemidler. De menneskene tilbudene er tiltenkt vil ikke nødvendigvis kjenne til dem, og det bør arbeides aktivt med opplysning om tjenestene og tilbudene som finnes.

Det er også et behov for flere fagfolk for å kunne møte brukerne og behovet der det er. Tjenester som hørselskontakt i kommunene og audiopedagoger i tilknytning til høreapparatformidlere bør lovfestes og det bør avsettes midler til dette. Krav for hva tjenestene skal innebære bør også utarbeides, for å skape et tilbud som er likt, uavhengig av geografisk beliggenhet. Eksempelvis et krav om hørselsfaglig kompetanse hos hørselskontakter.

HLFs likemannstilbud er også en tjeneste som benyttes av mange hørselshemmede. HLF og kommunene skal sammen ha blitt oppfordret til å samarbeide om hvordan arbeidet med hørselshjelp kommunalt og frivillig skal organiseres. Dette er noe det bør arbeides med, slik at folk med fagkompetanse og folk med erfaring fra å være hørselshemmet kan bidra med ulike aspekter i oppfølgingen. Det er positivt at tilbudene samarbeider og kan utfylle hverandre og jobber med ulike deler av hørselsrehabiliteringen.

I tillegg til et større spekter av fagfolk synes behovet for en større synliggjøring av de tjenestene som allerede finnes. En gjensidig informasjonsflyt mellom de ulike instansene som bidrar til en opprydning i jungelen av tjenestetilbud vil gjøre situasjonen og tilgangen til informasjon bedre og lettere for brukerne. Et forslag for å sikre lik og god informasjonsformidling til brukere kan være at alle høreapparatformidlere skal ha en type «førstehjelpspakke» med informasjon som angir hvilke instanser brukeren kan ha nytte av å komme i kontakt med, som også innebærer kontaktinformasjon til instansene, og for eksempel en egen høreapparatbok, som Solheims «Hør her!». Det fordrer imidlertid et samarbeid mellom instansene, slik at rett informasjon kommer i rett pakke. Hvordan man skal ta tak i et samarbeid mellom instansene er det ingen enkle svar på. Imidlertid bør det komme et tydelig krav til samarbeid fra øverste hold med en skissering av hvordan et slikt samarbeid kan starte, hvem de ulike aktørene som skal samarbeide er og hvilken instans som har et overordnet ansvar for samarbeidet. For å skape et bærekraftig samarbeid uavhengig av geografisk beliggenhet må det bevilges midler til dette. Ut fra dataene ser vi at audiografen er de eldres vei inn til tjenesteapparatet, og det kunne følgelig være naturlig at det var denne instansen som hadde ansvar for et videre samarbeid med andre tjenestetilbud. Dersom andre instanser vet at det finnes en høreapparatbruker som kan ha behov for videre rehabilitering, kan det bidra til at flere brukere får oppfølging hos instanser med annen kompetanse og andre oppfølgingstilbud enn de får hos audiografen.

Som vi har sett foreligger det allerede en del forskning som sier noe om viktigheten av hørselsrehabilitering, imidlertid er det meste kvantitativt. Det ville være viktig og nødvendig for fagfeltet med mer forskning på hva eldre selv mener og hvordan de opplever hørselsrehabilitering. Å gjøre en undersøkelse som denne i større skala og med en representativ gruppe, kunne vist om resultatene var gyldig i populasjonen, og kunne følgelig bidratt til et tydeligere fokus på eldre hørselshemmede og deres behov for oppfølging.

Litteraturliste

- Aarhus, L., Kvestad, E., Tambs, K. & Engdahl, B. (2012). Aldersrelatert hørselstap: En kort oppsummering av resultater fra Hørselsundersøkelsen i Nord – Trøndelag. *I Norsk Epidemiologi*, 22(2). 175 – 176. Hentet 6.januar 2015 fra <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/viewFile/1563/1457>
- Andersson, S., Arlinger, S., Arvidsson, T., Danielsson, A., Jauhiainen, T., Jönsson, A., Kronlund, L., Laukli, E., Lynxell, B., Nielsen, R., Nyberg, E. & Rönnberg, J. (2007). Rehabilitering. I Laukli (red.). *Nordisk lærebok i audiologi*. (S.352-420) Bergen: Fagbokforlaget.
- Arlinger, S., Jauhiainen, T. & Jensen, J. H. (2007). Hørselstap. I Laukli (red.) *Nordisk lærebok i audiologi*. (s.274-326). Bergen: Fagbokforlaget.
- Audiografen.no. (udatert). *Tilvenning til høreapparat og råd for bedre hørsel*. Hentet 30.04.2015 fra <http://www.audiografen.no/index.php/horsel-og-horeapparater/tilvenning-til-horeapparat-og-rad-for-bedre-horsel>
- Brooks, D.N. & Hallam, R.S. (1998). Attitudes to hearing difficulty and hearing aids and the outcome of audiological rehabilitation. *British Journal of Audiology*, 32(4). 217-226. doi: 10.3109/03005364000000069.
- Chisolm, T. H, Willott J. F. & Lister, J. J. (2003). The aging auditory system: anatomic and physiologic changes and implications for rehabilitation. *International Journal of Audiology* 42 (2). 3-10. Hentet 28. mars 2015 fra [http://www.isa-audiology.org/periodicals/2002-2004_International_Journal_of_Audiology/IJA,%20%202003,%20%20Vol.%2042/Supplement%20No.%20%20\(S3-S101\)/Chisolm%20Willott%20Lister,%20%20IJA,%20%202003.pdf](http://www.isa-audiology.org/periodicals/2002-2004_International_Journal_of_Audiology/IJA,%20%202003,%20%20Vol.%2042/Supplement%20No.%20%20(S3-S101)/Chisolm%20Willott%20Lister,%20%20IJA,%20%202003.pdf)

- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode. - En kvalitativ tilnærming*. (2. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalton, D. S., Cruickshanks, K. J., Klein, B. E., Klein, R., Wiley, T. L., & Nondahl, D. M. (2003). The impact of hearing loss on quality of life in older adults. *Gerontologist* 43, (5). 661-668. doi: 10.1093/geront/43.5.661.
- Den norske legeforening (2001, 9. oktober). Når du blir gammel – og ingen vil ha deg. Hentet 1. mai 2015 fra <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/statusrapport-om-situasjonen-i-helsetjenesten-nar-du-blir-gammel-og-ingen-vil-ha-deg>
- Falkenberg, E.-S., (2007). Holistic Aural Rehabilitation: a Challenge. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 9(2). 78-90. doi: 10.1080/15017410701201329.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. Forskrift 1. januar 2012 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.
- Gates, G. A. & Mills, J. H. (2005). Presbycusis. *The Lancet*. 366(9491), 1111 – 1120. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67423-5.
- Gomez, R. G. & Madey, S. F. (2001). Coping-with-Hearing-Loss Model for Older Adults. *Journal of Gerontology*. 56(4), 223- 225. doi: 10.1093/geronb/56.4.P223.
- Gordon-Salant, S. (2005). Hearing loss and aging: New research findings and clinical implications. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 42(4). 9–24. Hentet 13. mars 2015 fra http://www.researchgate.net/profile/Sandra_Gordon-Salant/publication/51373245_Hearing_loss_and_aging_new_research_findings_and_clinical_implications/links/00b7d53c9848fbc275000000.pdf
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Hallberg, L. R., Hallberg, U., & Kramer, S. E. (2008.) Self-reported hearing difficulties, communication strategies and psychological general well-being (quality of life) in patients with acquired hearing impairment. *Disability and Rehabilitation*, 30(3). 203-212. doi:10.1080/09638280701228073.
- Helsedepartementet og sosialdepartementet (2002.) *Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede. Plan for utvikling og organisering av tjenestetilbudet*. Hentet 15. mars 2014 fra http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hd/pla/2002/0003/ddd/pdfv/167949_handlingsplan_ilv.pdf
- Helvik A-S, Wenneberg, S., Jacobsen, G. & Hallberg L. R-M., (2008). Why do some individuals with objectively verified hearing loss reject hearing aids? *Audiological Medicine*, 6(2). 141-148. doi: 10.1080/16513860802178692.
- HLF (udatert). Hvilke oppgaver har en hørselskontakt? Hentet 11.05.2015 fra <http://www.hlf.no/Horselhemminger/Horeapparatbrukere/Hvem-gjor-hva/Hva-er-en-horselskontakt/>
- HLF. (2012a, 14.02) Oversikt over offentlige hørselssentraler og avtalespesialister. Hentet 19. januar 2015 fra <http://www.hlf.no/Documents/Dokumentbase/Dokumenter%20for%20diagnosegruppe/H%C3%B8reapparatbrukere/H%C3%B8resentraler%20feb2011.pdf>
- HLF. (2012b, 08.05). *Statsbudsjettet 2013: Støtten til hørselshjelperordningen videreføres*. Hentet 18.05.2015 fra <http://www.hlf.no/Aktuelt/Nyhetsliste/Nyheter/Statsbudsjettet-Stotten-til-horselshjelperordningen-viderefores-i-2013/>
- Hull, R. (2001a). Hearing Loss in Older Adulthood. I Hull, R. (Red.), *Aural rehabilitation*. (S. 311-346). San Diego: Singular.

- Hull, R. (2001b). The impact of hearing loss on older persons. I Hull, R. (Red.), *Aural rehabilitation*. (S. 347-360). San Diego: Singular.
- Hull, R. (2001c). Considerations for the Use and Orientation to Hearing aids for older adults Adults. I Hull, R. (Red.), *Aural rehabilitation*. (S. 373-392). San Diego: Singular.
- Hørselssentraler. (2015). I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snø.no/h%C3%B8rselssentral>
- Jansen, J. (2009). *Plastisitet*. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snø.no/plastisitet>.
- Karlsson Espemark, A – K., Rosenhall, U., Erlandsson, S. & Steen, B. (2002). The two faces of presbycusis: hearing impairment and psychosocial consequences. I *International Journal of Audiology*. 41(2), 125 – 135. doi: 10.3109/14992020209090403.
- Kleven, T-A. (2002). Innledning. i Kleven (Red.) *Innføring i pedagogisk forskningsmetode* (s.11-27). Oslo: unipub.
- Kricos, P. B., Lesner, S. A., & Sandridge, S. A. (1991). Expectations of older adults regarding the use of hearing aids. *Journal of American Academy of Audiology*., 2, (3) 129-133.
Hentet 23.mars 2015 fra http://www.turnittotheleft.org/sites/default/files/journal/JAAA_02_03_01.pdf
- Kruse, E. (1999). *Kvalitative forskningsmetoder. I psykologi og beslægtede fag* (3.utg.). København: Dansk psykologisk forlag.
- Kvernbekk, T. (2002). Vitenskapsteoretiske perspektiver. I Lund, T. (Red.), *Innføring i forskningsmetodologi* (s.19-78). Oslo: Unipub .
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2012). *Det Kvalitative forskningsintervju* (2.utg.). Oslo: Gyldendal.

- Laukli, E. (2001). Støy. I Laukli (Red.) *Nordisk lærebok i audiologi* (s.466-492) Bergen: Fagbokforlaget.
- Lin, F. R, Yaffe, K, Xia, Y, Xue, Q-L., Harris T. B, Purchase-Helzner, E, Satterfield, S, Ayonayon, H. N, Ferrucci, L & Simonsick, E. M. (2013). Hearing Loss and Cognitive Decline in Older Adults. *JAMA Internal Medicine*. 173(4). 293-299. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.1868.
- Folketrygdloven. Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd.
- Lunde, L-H. (2012) *Alder ingen hindring. Vekst og utvikling hele livet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Matonak, K. (1999): A Rehabilitation Program for Long-Term Success. I R. Sweetow (Red.), *Counseling for hearing aid fittings*. (s.205-206). San Diego: Singular Publishing Group, INC.
- Maxwell, J. A. (1992). Understanding and Validity in Qualitative Research. I ISP (Red.), *SPED 4010. Vitenskapsteori og forskningsmetode. Blandingskompendium* (s. 181-204). Oslo: Universitet i Oslo.
- Meister, H., Lausberg, I., Kiessling, J., von Vedel, H. & Walger, M. (2002). Identifying the needs of elderly, hearing-impaired persons: the importance and utility of hearing aid attributes. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 259(10). 531–534. doi 10.1007/s00405-002-0495-5.
- NAV. (2014, 26. februar). Hvordan søke om hjelpemidler? Hentet 28.april 2015 fra <https://www.nav.no/no/Person/Hjelpemidler/Hvordan+soke>

- NAV. (2015, 08. januar). Hørsel. Hentet 28. april 2015 fra
<https://www.nav.no/no/Person/Hjelpemidler/Hva+har+du+vansker+med/H%C3%B8rsel.357453.cms#chapter-2>
- NESH, red. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus, humaniora*. Oslo: Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora.
- Normann, T., Sandvin, J. T. & Thommesen, H. (2013) *Om rehabilitering. helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset*. 3. utgave. Oslo: Kommuneforlaget.
- Peterson, K. C. (2009). Hørselstap – sorg og aksept, stress og mestring. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(5), 460 – 465. Hentet 1 februar 2015:
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=79645&a=2
- Pichora-Fuller, M. K., Corbin, H., Riko, K & Alberti P. W. (1983). A review of current approaches to aural rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 5(2). 58-66.
doi: 10.3109/03790798309166859.
- Rao, M. & Fogarty, P. (2007). What did the doctor say? *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 27(5). 479-480. doi: 10.1080/01443610701405853.
- Silverman, S., Silverman, C. A., Emmer, M. B. & Gelfand, S. A. (1992). Adult-Onset Auditory Deprivation. *Journal of American Academy of Audiology*, 3. 390-396. Hentet 28.mars 2015 fra
http://www.audiology.org/sites/default/files/journal/JAAA_03_06_03.pdf
- Solheim, J. (Udatert). Hør her! Lovisenberg diakonale sykehus. Hentet 6. desember 2014 fra
<http://www.hlf.no/Documents/Dokumentbase/Prosjektdokumenter/2011/H%C3%B8rsel%20her!/H%C3%98R%20HER!%20boken.pdf>

- Solheim, J. (2011a): *Hearing loss in the elderly. Consequences of hearing loss and considerations for audiological rehabilitation*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo. Hentet 30. april, 2014 fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/31246/dravhandling-solheim.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Solheim, J. (2011b). Preconceptions and expectations of older adults about getting hearing aids. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4. 1–8. doi: 10.2147/JMDH.S14949.
- Solheim, J., Kværner, K. & Falkenberg, E-S (2011). Daily life consequences og hearing loss in the elderly. *Disability and Rehabilitation*, 33. 23-24. doi: 10.3109/09638288.2011.563815.
- Solheim, J., Kværner, K., Sandvik, L. og Falkenberg, E-S. (2012). Factors affecting older adults' hearing-aid use. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 14(4). 300-312. doi: 10.1080/15017419.2011.640411.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). Å høre og bli hørt. Anbefalinger for en bedre høreapparatformidling. 8/2007. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stach, B. A. (2010). *Clinical audiology: an introduction*. New York: Delmar – Cengage Learning.
- Standard Norge. (2010). Norsk Standard – Tjenester tilknyttet formidling av høreapparater (Vol. NS-EN 15927:2010. ICS 03.080.30; 11.180.15): Standard Norge.
- Stark, P. & Hickson, L. (2004). Outcomes of hearing aid fitting for older people with hearing impairment and their significant others. *International Journal of Audiology*., 43(7). 390-398. doi: 10.1080/14992020400050050.
- Szklarski, A. (2009). Fenomenologi som teori, metodologi och forskningsmetod. I Fejes, A. & Thornberg, R. (Red.), *Handbok i kvalitativ analys* (s.105-121) Stockholm: Liber.

- Tanggaard, L & Brinkmann, S. (2012). Intervjuet: samtalen som forskningsmetode. I Tanggaard, L & Brinkmann, S. (Red.) *Kvalitative metoder. Empiri og teoriutvikling* (s.17-45). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tye-Murray, N. (2015). *Foundations of aural rehabilitation: Children, adults, and their family members*. Stamford: Cengage Learning.
- Tylor, B. og Mueller, H. G. (2011). *Fitting and dispensing Hearing Aids*. San Diego: Plural Publishing inc.
- Vedeler, L. (2009). *Observasjonsforskning i pedagogiske fag. En innføring i bruk av metoder*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wilson, C. & Stephens, D. (2003). Reasons for referral and attitudes toward hearing aids: do they affect outcome? *Clinical Otolaryngology & Allied Sciences*. 28(2). 81 – 84.
doi: 1046/0.1j.1365-2273.2003.00669.x.
- Woolfolk, A. (2010). *Pedagogisk psykologi*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.

Vedlegg

Vedlegg 1: svarbrev fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Elisabeth Svinndal
Institutt for spesialpedagogikk Universitetet i Oslo
Postboks 1140 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 09.01.2015

Vår ref: 41124 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.12.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

41124	<i>Eldre høreapparatbrukeres opplevelse av hørselsrehabilitering</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Elisabeth Svinndal</i>
Student	<i>Yngvild Rye</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no



Formålet med studien er tegne et bilde av hvordan den enkelte bruker opplever sin hørselsrehabilitering.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, forutsatt at det informeres om innhenting av deltakerens audiogram allerede under avsnittet "Hva innebærer deltakelse i studien", fremfor at det kun nevnes til slutt under "samtykke til deltakelse".

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk eller lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.06.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

«Eldre høreapparatbrukeres opplevelse av hørselsrehabilitering»

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å få et innblikk i eldre høreapparatbrukeres opplevelse av det tilbudet de får i forbindelse med, og i etterkant av en høreapparattilpasning.

Prosjektet er en masteroppgave ved institutt for spesialpedagogikk ved Universitetet i Oslo.

Du blir forespurt om å delta i studien fordi du er en høreapparatbruker som har fått høreapparat innen de 5 siste årene og har et aldersbetinget hørselstap.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Innsamling av data vil skje gjennom personlig intervju. Dette intervjuet vil ta omlag en time, og vil blant annet omhandle spørsmål omkring dine erfaringer om å ha et hørselstap, om du har fått noe hjelp og hvilke behov du har som høreapparatbruker. Det kommer til å ha form som en relativt uformell samtale, hvor jeg stiller noen spørsmål og vi snakker om ulike temaer. Intervjuet vil foregå på ønsket sted for deg. Vi blir enig om hvor vi gjennomfører det.

Intervjuet i sin helhet vil bli tatt opp med lydopptak på mobiltelefon, i tillegg vil jeg notere litt underveis.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun jeg og min veileder Elisabeth Svinndal vil ha tilgang til dataene, og de vil bli lagret på passordbeskyttet PC og i låsbart skap. Ditt navn vil ikke fremkomme i dataene.

Dataene vil bli brukt i min masteroppgave, men alle data vil bli anonymisert, og det vil ikke være mulig å gjenkjenne informantene ut fra oppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 1.juni 2015, og etter falt sensur (innen sommer 2015) vil alle data slettes eller makuleres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi

noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Dette vil heller ikke ha noen innvirkning på ditt forhold til audiograf/ØNH-kontor.

Har du spørsmål til studien, ta kontakt med Yngvild Rye på tlf.: xxx xx xxx eller på e-post: xxxxxxxx.

Veileder for prosjektet er Elisabeth Svinndal. Tlf.: xxx xx xxx. E-post: xxxxxxxx

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen

Yngvild Rye

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet «eldre høreapparatbrukeres opplevelse av hørselsrehabilitering», jeg gir mitt samtykke til å delta.

Jeg vet at alle opplysninger om meg vil behandles konfidensielt, og bli anonymisert så jeg ikke er gjenkjennbar i masteravhandlingen. Det er bare Yngvild Rye og veileder Elisabeth Svinndal som har tilgang til opplysninger om meg.

Jeg er kjent med at deltakelse i prosjektet er frivillig og at jeg har mulighet til å trekke meg når som helst, uten noen spesiell grunn.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

☐ ***Jeg samtykker til å delta på intervju***

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Introduksjon

- Presentasjon av meg.
- Informasjon om prosjektet og hva hensikten med det er.
- Snakke med informanten om samtykke.

TEMA 1, informantens dagligliv

1. En vanlig dag for deg; kan du skissere hvordan den forløper?
 - Hvilke gjøremål har du i hverdagen?
2. Familieforhold? Kone, barn, barnebarn, omgangskrets, venner.
3. Kan du si noe om hvilke hobbyer/fritidsinteresser du har?

TEMA 2, hørselstapet og hvordan det påvirker dagliglivet

4. Hva kan du fortelle meg om ditt hørselstap?
 - Kan du fortelle litt om når du oppdaget hørselstapet og hvordan oppdaget du det?
5. I hvilke situasjoner vil du si at hørselstapet påvirker dagliglivet ditt?
 - Hvordan opplever du disse situasjonene?
 - Er det noe du nå unngår å gjøre på grunn av hørselstapet? (Hvorfor?)
6. Hva vet familien din om hørselstapet?
 - (- evt. hvordan har de fått informasjon?)
 - På hvilke måter tar de hensyn til hørselstapet?
 - Hva med omgangskretsen ellers, hva vet de om hørselstapet ditt?

TEMA 3, rehabiliteringsprosessen

7. Vil du fortelle meg om hvordan prosessen var da du fikk høreapparat?

- Hvordan fikk du høreapparatet ditt, hvem fant ut at du skulle få det, hvem bestilte time osv? – hva skjedde under høreapparattilpasning?

8. Hvor ofte har du gått til audiograf etter høreapparattilpasningen?

- på eget initiativ eller blitt innkalt?

9. Er det noe du vil trekke frem i forbindelse med å ha fått høreapparat? Enten positivt eller negativt?

10. Har du vært i kontakt med andre aktører enn audiografen for å snakke om hørselstapet ditt eller andre ting relatert til det?

- synes du du har hatt mulighet til det?

- hvis du skulle snakket med noen om hørselstapet, hvem synes du det kunne være aktuelt å snakke med?

11. Kjenner du til noen andre aktører som du kunne tatt kontakt med i forbindelse med hørselstapet ditt?

- Er du medlem av Hørselshemmedes landsforbund? – kjenner du til at de har et likemannstilbud hvor det er mulighet for å snakke med andre som har vært eller er i samme situasjon som deg? Er dette noe du kunne tenke deg å benytte?

- Hva med audiopedagog? Er det noe du hørt om? (Gir råd og veiledning til hørselshemmede og andre som trenger det.+ hjelp til høreapparat)

- Kunne det være aktuelt for deg på snakke med en audiopedagog?

- De aller fleste kommuner har en hørselskontakt. Har du hatt kontakt med hørselskontakten i kommunen din, eller kunne det vært aktuelt?

- Har du hatt kontakt med andre i kommunen som har vært behjelpelig med spørsmål du har hatt knyttet til hørsel? For eksempel ergoterapeut?

12. Bruker du høreapparate(t)(ene) ditt/dine?

- Hvorfor/hvorfor ikke?
- Hvor ofte bruker du dem?
- Hva kunne (evt.) fått deg til å i større grad bruke høreapparatene dine?

13. Hvordan synes du det er å ha høreapparat? (mtp stell, lyd, praktiske ting)

14. Synes du det hjelper å ha høreapparat?

13. Kjenner du til andre tekniske hjelpemidler? Hvilke?

- Hvordan synes du det er å se på TV?
(- ville du brukt TV hvis du hadde hatt hjelpemidler som gjorde at du hørte lyden bedre?)
- Gjelder det også radio og telefon?
- Hva med varslingsanlegg, som sier i fra hvis det ringer på døren, telefonen ringer eller røykvarsleren går?

14. Bruker du noen andre tekniske hjelpemidler? Hvordan har du fått tak i det?

15. Kan du si noe om hvorfor du bruker/ikke bruker tekniske hjelpemidler?

18. Er det noe du vil tilføye?